11

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N° 46

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

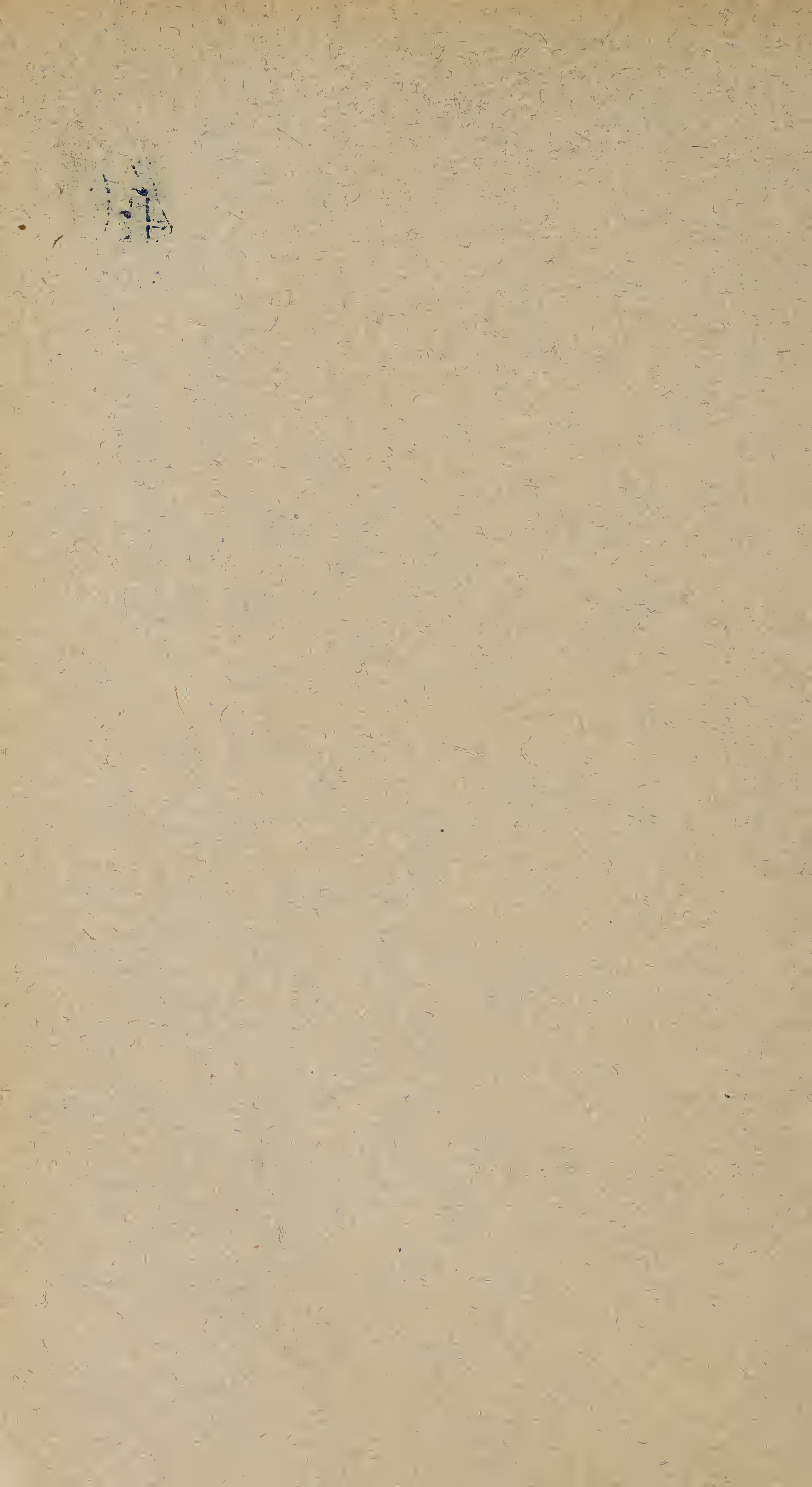
CAMILLE JAISSON
Externe des Hopitaux de Paris
né à Stenay (Meuse) le 19 mars 1884.

LES PERFORATIONS DU CANCER DE L'ESTOMAC

Président : M. QUÉNU, *Professeur*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 — THÈSE — N° 46

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Camille JAISSON
Externe des Hopitaux de Paris
né à Stenay (Meuse) le 19 mars 1884.

LES PERFORATIONS
DU
CANCER DE L'ESTOMAC

Président : M. QUÉNU, *Professeur*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, rue Casimir-Delavigne, 2

1911

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

Professeur de clinique chirurgicale.
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine.

Qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT MATHIEU

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.
Chevalier de la Légion d'honneur.

En hommage
de reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur BARTH, Médecin de l'Hôpital Necker.

Monsieur le Docteur KIRMISSON, Professeur de clinique chirurgicale infantile.

Monsieur le Docteur DARIER, Médecin de l'Hopital Saint-Louis.

Monsieur le Docteur MOSNY, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

Monsieur le Docteur VARIOT, Médecin de l'Hôpital des Enfants assistés.

Monsieur le Docteur PINARD, Professeur de clinique obstétricale.

Monsieur le Docteur Albert MATHIEU, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

Monsieur le Docteur J. Ch. ROUX, et Monsieur le Docteur LABOULAIS, assistants de consultation spéciale à l'Hôpital Saint-Antoine.

Monsieur le Docteur Fr. MOUTIER, Chef de Laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine.

INTRODUCTION

Jusqu'ici la perforation, était regardée comme une complication exceptionnelle du cancer de l'estomac et considérée plutôt comme une curiosité anatomo-pathologique.

A la suite de plusieurs faits observés dans leurs services au cours de ces dernières années, Messieurs Quénu et Albert Mathieu ont pensé qu'il était bon de reprendre cette question et de reviser cette opinion.

L'un et l'autre ont bien voulu nous communiquer leurs observations. Nous les en remercions.

Dans un premier chapitre, après un aperçu historique rapide, nous étudierons les perforations suivies de péritonite généralisée.

Dans un deuxième chapitre, nous rangerons les abcès périgastriques que nous distinguerons en abcès simples et en abcès gangréneux.

L'anatomie pathologique nous permettra de comprendre la marche des lésions.

Nous verrons enfin quel traitement il faut appliquer à chaque complication.

HISTORIQUE

Il existe peu d'observations de perforation de l'estomac compliquée de péritonite aigüe.

En 1824 Laënnec publie un cas de perforation de l'estomac et tympanite péritonéale par suite de cancer reconnu pendant la vie. (*Revue Médicale*, Paris, 1824, page 379).

Voici cette première observation curieuse à plus d'un titre.

Il s'agissait d'un malade qui souffrait depuis 1 an de l'estomac, il avait maigri, il avait le teint jaune; on percevait une tumeur épigastrique.

Le malade était entré à l'hopital le 1er janvier 1824, le 19, le malade fut pris tout-à-coup vers 5 heures du matin d'une douleur extrêmement vive, qui survint immédiatement après l'ingestion d'un bouillon. A 10 heures, M. Laënnec trouva le ventre tendu, excessivement douloureux à la pression, résonnant extérieurement par une percussion très légère, les traits de la face sont tirés en haut, le pouls concentré, très petit et très faible.

D'après ces symptômes, il fit ajouter à la feuille de diagnostic ce qui suit : « ventriculus hodie ruptus est

in loco scirrhi et jam peritonitis adest et tympanitis peritonealis ».

Le malade mourut le 24 janvier. Le diagnostic fut confirmé à l'autopsie.

En 1840, Contour : Cancer. Perforation. Péritonite aigüe. (*Bulletin de la Société anatomique*).

En 1869, Duffin en rapporte un cas avec perforation de la paroi antérieure de l'estomac (*The Lancet*, 1862).

En 1870 dans son *Traité des maladies de l'estomac*, voici ce que dit Brinton.

« Sur 507 cas de cancer de l'estomac, la perforation a eu lieu 21 fois, perforation suivie de péritonite terminée rapidement par la mort.

Cependant 4 fois, les matières contenues dans l'organe perforé, ne tombèrent pas dans la grande cavité de l'abdomen, mais dans une poche intermédiaire correspondant au sac formé par l'épiploon, où elles furent parfaitement retenues par les adhérences des organes voisins.

Sur 10 sujets, la perforation n'était qu'imminente, l'estomac n'avait laissé échapper que goutte à goutte les matières qu'il contenait, suintement qui explique la péritonite suppurée et la mort » (*Traité des maladies de l'estomac*. Traduction Riant, page 333).

Depuis, plusieurs auteurs en rapportent des exemples.

Hardy *en 1881* : Cancer de la petite courbure. Vomissements insolites. Perforation de la face antérieure. Péritonite aigüe généralisée. (*Praticien*, Paris, 1881).

Mesnard *en 1887* : Cancer de l'estomac. Perforation et péritonite suraigüe. (*Gazette hebd. de la Soc. méd. de Bordeaux*.)

PLANCHARD *en 1888* : Cancer. Perforation de la face antérieure de l'estomac. Péritonite. (*Bull. Soc. anat. Paris*).

ZUCCARCELLI *en 1891* (*Marseille médical*).

M. LE PROFESSEUR QUÉNU a bien voulu nous communiquer 2 cas observés dans son service.

Nous rapportons 4 observations recueillies à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Albert Mathieu.

Les observations de perforation de l'estomac suivies d'abcès périgastriques simples sont beaucoup plus nombreuses.

On trouvera un copieux historique dans la thèse Toinon, Lyon 1906 et des observations dans les thèses Bréchoteau, Paris 1906 et Hérard de Bessé, Paris 1906.

Les abcès hépato-gangréneux sont étudiés dans la thèse Guille-Desbuttes, Paris 1903. On y trouvera en particulier l'observation Gilbert et Lippmann.

Les abcès spléno-gangréneux n'ont fait jusqu'ici l'objet d'aucun travail.

Nous en avons retrouvé un cas publié en 1890 par M. Le Noir dans le *Bulletin de la Société anatomique* : cancer de l'estomac, gangrène de la rate et abcès périsplénique, perforation du diaphragme, gangrène pulmonaire.

Nous en rapportons 2 cas observés dans le service de M. Albert Mathieu.

PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE

Symptômes.

La perforation suivie de péritonite généralisée se révèle brusquement au cours de l'évolution du cancer.

Tantôt le malade souffre depuis un certain temps de l'estomac, il présente de l'anorexie élective, des vomissements, la réaction de Weber décèle des hémorragies occultes, il maigrit, parfois même on arrive à percevoir une tumeur.

Tantôt au contraire (*Obs. III*) il s'agit d'un cancer presque latent chez un malade qui présente des troubles digestifs vagues. Quand brusquement, après un repas, après un lavage d'estomac ou sans cause apparente, le malade ressent une douleur intense, atroce, « en coup de poignard », qui l'oblige à s'asseoir sur son lit, plié en deux, tenant son ventre à deux mains.

Aussitôt le facies se grippe, les traits se tirent, le malade est pâle, anxieux, couvert de sueurs froides, la respiration courte et haletante.

Le ventre se ballonne parfois très vite.

Puis surviennent des nausées, des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux.

Les derniers symptômes ne sont pas constants.

Le ballonnement du ventre en particulier peut faire défaut. Témoin l'observation Desn... (*Obs. II*).

Le malade qui souffrait depuis six mois de l'estomac, éprouve à 9 heures du soir, au moment où il buvait du lait, une douleur « en coup de poignard » au niveau de la région sus-ombilicale.

Il devient pâle, le facies se grippe, le malade est saisi de tremblement.

Il reste assis sur son lit, puis quelques minutes après le début des accidents, se produisent des nausées, des vomissements. Le malade rend le lait qu'il vient de prendre, mêlé à du sang rouge. La douleur se généralise à tout l'abdomen, le ventre est sensible à la palpation, *dur*, *rétracté*.

Le pouls est faible à 80.

Le malade meurt à 1 heure du matin, 4 heures après le début des accidents.

Dans les *observations V et VI* les nausées, les vomissements font défaut et il ne faut pas attendre ces symptômes pour faire le diagnostic de perforation de l'estomac.

La perforation évolue en effet en deux périodes : dans la première il y a perforation, mais pas encore péritonite, si l'on n'observe pas la deuxième « c'est que les malades meurent très vite ou sont opérés trop tôt » (Mathieu).

Et c'est précisément ce qui s'est passé dans les deux observations citées plus haut. Dans la première, le malade chez lequel on avait fait le diagnostic préalable

de cancer ressent brusquement une douleur intense dans l'abdomen, on le transporte immédiatement dans une maison de santé et M. le Professeur Quénu l'opère deux heures après.

Dans la seconde, il s'agit d'une malade d'hôpital ; les accidents se produisent le matin au moment de la visite. On pense à une perforation. Chez elle on avait fait également le diagnostic de cancer. L'opération est faite immédiatement.

Les signes généraux sont d'emblée très graves. Le pouls est faible et rapide.

La température est souvent au début au-dessous de la normale, elle se relève plus tard quand la péritonite est constituée.

En résumé ce qui domine le tableau clinique et ce qui doit guider le diagnostic, c'est le début brusque des accidents au cours d'un cancer confirmé ou latent et l'intensité des phénomènes douloureux.

Diagnostic.

Il importe en effet de faire un diagnostic précoce, car de la rapidité de l'intervention dépend le sort du malade.

1° S'AGIT-T-IL D'ABORD D'UNE PERFORATION?

Certaines affections présentent à des degrés divers des symptômes communs aux perforations du tube digestif.

Dans les crises aiguës de l'ulcère de l'estomac, la douleur peut être très vive, le ventre dur et tendu, mais il s'agit d'ordinaire de malades à antécédents gastriques lointains.

La douleur a un début moins brutal, elle survient

suivant un horaire particulier, deux à trois heures après les repas.

Dans l'étranglement interne, la douleur a un début assez brusque, il existe des vomissements sans élévation thermique. Cependant la douleur a un siège de prédilection : au niveau de l'ombilic ou de la région iléo-cœcale. On constate du clapotage intestinal avec matité déclive, signe sur lequel insiste M. Mathieu. L'arrêt des matières et des gaz est plus précoce et plus complet.

Dans la colique hépatique en dehors de la notion de crises antérieures indiscutables, c'est-à-dire accompagnées d'ictère et de décoloration des matières, on s'appuiera : examinant le malade au début de sa crise, sur l'existence de douleurs siégeant dans les régions vésiculaire ou cholédocienne avec irradiation à droite vers les fausses côtes et vers l'épaule.

On aura rarement à faire le diagnostic avec une *colique saturnine* ou une *pancréatite aiguë hémorragique.*

2° Il s'agit d'une perforation ; ou siège la perforation ?

Le diagnostic sera relativement facile dans les cas de cancer confirmé, il sera beaucoup plus délicat si le cancer est latent ou à marche rapide.

La perforation du duodenum est à peu près impossible à diagnostiquer, en dehors de l'histoire clinique antérieure, permettant d'admettre un ulcère de cet organe.

La perforation de la vésicule biliaire sera soupçonnée chez des sujets ayant présenté antérieurement de la lithiase biliaire. On recherchera le point vésiculaire.

Le cancer du côlon peut s'ulcérer, se perforer et

donner lieu à des accidents de péritonite aiguë. On le soupçonnera si dans les antécédents du malade on relève des troubles intestinaux : constipation habituelle entrecoupée par des débâcles diarrhéiques ou diarrhée permanente, des phénomènes d'occlusion.

Le diagnostic le plus fréquent et parfois le plus difficile à faire est celui de *perforation appendiculaire*.

Le fait suivant le montre bien.

Il s'agit d'un malade âgé de 54 ans (*Obs. IV*) entré le mardi 22 décembre 1908, salle Chomel.

Il a été pris de « coliques intenses » dans le ventre le dimanche. Il n'est pas allé à la selle, il a vomi une seule fois.

Depuis ce moment, on ne constate pas de point douloureux localisé mais des douleurs diffuses et pas très intenses.

Le ventre est ballonné.

Le facies est pincé.

Le pouls est à 120. La température à 38.

On porte le diagnostic de péritonite par perforation de l'appendice.

Dans le cas présent on n'avait eu aucun renseignement sur le passé gastrique du malade.

Le malade est opéré le jeudi et meurt le samedi suivant.

A l'autopsie : péritonite purulente généralisée.

Appendice sain, mais perforation d'une tumeur cancéreuse de l'estomac siégeant sur la face antérieure.

Le diagnostic se fera d'après les caractères de la douleur, qui dans l'appendicite, même quand elle est

intense, n'a pas les mêmes caractères de soudaineté que dans la perforation.

Le siège de la douleur peut parfois induire en erreur. Dans les cas de perforation gastrique, le contenu de l'estomac tombe dans les parties déclives, dans le petit bassin, vient à ce niveau irriter et infecter le péritoine et déterminer les symptômes locaux de l'appendicite.

3° Enfin il s'agit d'une perforation, cette perforation siège a l'estomac; est-elle d'origine cancéreuse?

S'agit-il en somme d'un ulcère perforé ou d'un cancer perforé?

Il est souvent très difficile de répondre à cette question.

Etant donnée la fréquence de la perforation de l'estomac dans l'ulcère (1 cas sur 4 d'après la statistique de M. Albert Mathieu, 1 pour 7 ou 8, d'après Brinton), en présence d'un malade qui s'est plaint auparavant de l'estomac et qui brusquement éprouve cette douleur intense, en coup de poignard, la tendance naturelle du clinicien est de penser à priori à un ulcère.

Le pronostic est cependant bien différent qu'il s'agisse d'un ulcère ou d'un cancer perforés ; pour cette raison, il importe de faire un diagnostic exact.

Dans l'ulcère, le début des accidents gastriques remonte à plusieurs années ; le malade a parfois présenté des hématémèses de sang rouge, il a eu des périodes pendant lesquelles son état s'était amélioré au point qu'il s'était cru guéri.

Dans le cancer, au contraire, le malade se plaint de l'estomac depuis quelques mois, un an à peine; l'évolution

s'est faite sans rémission, le malade allait toujours en s'affaiblissant, l'examen des selles a montré par la réaction de Weber l'existence d'hémorragies occultes.

Si ces commémoratifs manquent, le diagnostic d'après l'allure des phénomènes péritonéaux est impossible. C'est alors l'exploration directe de l'estomac qui renseignera sur la nature de la lésion et d'ailleurs la laparotomie exploratrice ne sera souvent que le premier temps d'une opération plus complète.

OBSERVATION I (inédite).

Sur... Carlo, 67 ans.

Cancer de l'estomac perforé.

Trois abcès périgastriques. Mort par péritonite généralisée.

Il s'agit d'un malade amené dans le service d'urgence, presque dans le coma qui succomba une heure après son entrée dans la salle On ne porta aucun diagnostic.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule environ deux litres d'un liquide ascitique louche, rempli de flocons fibrineux.

Le petit bassin est rempli de pus bien lié. Le foie, la rate, l'estomac sont couverts d'un dépôt fibrineux.

A l'ouverture du thorax, 1/2 litre environ de liquide citrin dans chaque plèvre. 100 c^3 environ de liquide de la péricarde.

Entre le foie et le diaphragme, dans l'arrière-cavité des épiploons; entre la rate, le diaphragme et l'angle colique, poches de pus franc, bien lié, verdâtre.

Les anses grêles sont lie de vin, une partie de l'iléon plonge dans le petit bassin où le fixent des adhérences récentes.

Reins : petits, blancs, rétractés; pas de kyste.

Ganglions : aucun n'est envahi; à l'exception de deux ou trois petits ganglions de la petite courbure.

Estomac. — Légèrement dilaté. On note, au niveau de la face antérieure du pylore, une perforation à bords un peu effilochés, noirâtres, de la dimension d'une pièce de 1 franc.

Cette perforation est tout à fait au contact de la valvule pylorique.

L'estomac est plein de vin rouge, récemment ingéré; ce vin n'est pas passé dans la grande cavité abdominale.

Après incision de l'estomac, le long de la grande courbure, on constate que le pylore bien qu'un peu rétréci, admet facilement le petit doigt. Il existe un néoplasme immédiatement juxta-pylorique.

Ce néoplasme est cupuliforme, arrondi, de 5 à 6 centimètres de diamètre environ. Son fond est tomenteux; çà et là, sanieux, noirâtre.

Les bords sont surélevés, formant un bourrelet violacé, irrégulier de 10 ou 15 millimètres de hauteur, çà et là exulcérés, entamés en un point par la perforation.

Foie. — Très gros, rempli d'énormes noyaux de cancer hématode lie de vin, ou couleur chair musculaire.

Certains noyaux ont le volume d'une orange, d'autres d'une noix. Il en est de tout petits, à la périphérie, ils ont l'aspect de petits nœvi.

Le sang ruisselle à la coupe. Il ne reste, pour ainsi dire pas de tissu hépatique normal visible entre les noyaux tassés.

Pancréas. — Adhérent au pylore, directement envahi. La tête est énorme, infiltrée par le néoplasme, et rappelle la structure hématode des noyaux hépatiques.

Cancer alvéolaire typique et atypique. Noyaux hépatiques hématodes, structure atypique, vastes hémorragies.

Réaction adénomateuse des glandes avoisinant le néoplasme. Dissociation et étouffement des fibres musculaires par envahissement du néoplasme.

OBSERVATION II (inédite).

Desn...., 55 ans, charretier.
Entré le 17 octobre 1908, salle Chomel.
Autopsie le 29 octobre 1908.

Sommaire. — Perforation juxta-cardiaque. Cancer de l'estomac sphacélé (forme chou-fleur) siège à la petite courbure et au cardia, qui est largement envahi. Le pylore admet le bout d'un crayon seulement. — Perforation de la face antérieure juxta-cardiaque.

Mort par péritonite généralisée.

La perforation, du diamètre d'un noyau de cerise, s'est faite à la limite d'une adhérence de la face antérieure de l'estomac, à la face inférieure du lobe gauche du foie.

Aucun noyau secondaire.

Ganglions de la racine du mésentère et de la chaîne de l'aorte envahis.

Poids du cœur : 200 grammes.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels.

Histoire de la maladie. — Depuis six mois, dysphagie progressive. Lentement apparaît une sensation d'arrêt des aliments au niveau de l'appendice xyphoïde, accompagnée de douleur au même niveau.

Cette douleur apparaît aussitôt après l'ingestion des aliments, et dure un quart d'heure, une demi-heure. Cette dysphagie est uniquement marquée pour les solides. Les liquides passent sans provoquer de douleur.

Pas de régurgitation. Progressivement, la douleur devient plus vive; sa durée se prolonge 3/4 d'heure. Malgré tout, les liquides continuent à bien passer. Pour diminuer la douleur, le malade restreint son alimentation.

Depuis trois mois, il a supprimé complètement le pain et la viande. Il s'alimente avec 2 litres 1/2 de lait et du tapioca.

Depuis quinze jours, le lait paraît avoir quelque difficulté à passer. Son ingestion éveille quelques douleurs au niveau de l'appendice xyphoïde. Le tapioca provoque des douleurs de plus en plus marquées au niveau de l'épigastre.

Pas de régurgitation.

L'appétit est conservé. Pas de dégoût électif.

Amaigrissement de 10 kilos en trois mois.

Poids du 6 août 1908 = 51 kilos.

Le 24 octobre 1908. — Gros clapotage, surtout sous-ombilical, s'étendant dans les fosses iliaques droite et gauche. Le clapotage paraît se passer dans le colon; d'ailleurs, le malade a en ce moment de la diarrhée.

Cependant, à la percussion de l'abdomen, le malade étant couché sur le flanc, on obtient une matité centrale, les flancs restant sonores.

Examen radioscopique :

Rétrécissement œsophagien à deux travers de doigt au dessous de la fourchette sternale. Rétrécissement plus marqué au niveau du diaphragme.

Estomac descendant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

26 octobre. — Clapotage plus léger; la diarrhée tend à disparaître. Le clapotage est sous-ombilical et paraît se passer dans l'intestin.

27 octobre . — A 9 heures, au moment où le malade buvait du lait, douleur, en coup de poignard, au niveau de la région sus-ombilicale, pâleur, facies grippé, tremblement.

Le malade reste assis sur son lit ; puis, 15 minutes après le début de la douleur, nausées, vomissements ; le malade rend le lait qu'il vient de prendre, mêlé à du sang rouge.

La douleur se généralise à l'abdomen, le ventre est rétracté, dur, sensible à la palpation. Pouls faible à 80. Mort à 1 heure du matin.

OBSERVATION III (inédite).

Did... 67 ans, serrurier.

Entré le 23 mars 1905.

Néoplasme latent du pylore avec perforation.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : pas de maladies dans l'enfance.

Pas de syphilis. Ethylisme. Alimentation ordinaire.

En janvier 1905, le malade commence à souffrir de l'estomac. Il vomit ses aliments. Perte de l'appétit. Pas de dégoût électif.

Depuis trois semaines, pas de douleur le matin à jeun, souffre deux heures après les repas de midi et du soir ; c'est une sorte de pesanteur.

Après le repas du soir, vomissement alimentaire, un litre environ. Il n'a jamais vomi des aliments ingérés la veille. Ces vomissements ne contiennent pas de sang.

Pas de Melœna.

Constipation. Selles dures, pas de glaires, ni de peaux. Amaigrissement de quatre kilos en six semaines.

Examen : Vaste clapotage à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

29 mars : Tympanisme abdominal — 39° ; ventre sensible à la pression. — Le malade s'affaiblit peu à peu. Depuis trois jours, n'est pas allé à la selle. Meurt dans la nuit du 29 au 30.

OBSERVATION IV (inédite).

P..... Alexandre, 54 ans.

Cancer double développé sur ulcus double. Perforation.

Péritonite purulente généralisée. Mort.

Aucun antécédent gastrique. Le malade est entré le mardi 22 décembre 1908, salle Chomel. Il a été pris de coliques

intenses dans le ventre dimanche dernier. Il n'est pas allé à la selle. Il a vomi une seule fois. Depuis ce moment, jamais de point douloureux localisé. Douleurs diffuses et pas très intenses.

Examen à l'entrée :

Douleur diffuse au palper, peu violente.

Ballonnement sous-ombilical. Facies pincé.

Pouls 120 — Température 38°. Langue humide, saburrale Diagnostic porté : Péritonite par perforation. Siège probable de la perforation : appendice. Opéré le jeudi 24 seulement. Péritonite purulente généralisée. Incisions multiples. Drainage, décès le samedi 26 à 11 heures. Autopsie au bout de 48 heures.

Autopsie. 1) *Abdomen.* — Péritonite purulente généralisée. Le petit bassin est rempli de pus jaune clair, bien lié.

Appendice sain.

Nombreux clapiers purulents, enfermés entre des fausses membranes. Nombreux ganglions de la chaîne mésentérique suppurés.

A mesure que l'on remonte vers la région sus-ombilicale, le pus liquide proprement dit se raréfie, les placards fibrineux augmentent.

En arrière de la rate, loge renfermant 300 centimètres cubes de liquide citrin, limpide.

La face inférieure du lobe gauche du foie est collée à la face antérieure de l'estomac par de fausses membranes fibrineuses.

Le lobe gauche du foie étant soulevé, on aperçoit sur la face antérieure de l'estomac, à égale distance de la petite et de la grande courbure, à l'union du tiers interne et des deux tiers externes, une perforation parfaitement circulaire, à bords taillés à l'emporte-pièce, amincis, de la dimension d'une pièce de 20 centimes.

La partie du foie située en face de cette perforation est altérée, au lieu d'être lisse, le foie est irrégulier, un peu tomen-

teux, comme altéré par un début de processus digestif.

Rien de particulier au foie qui est un peu décoloré.

Pancréas, rate, rein, organes thoraciques, rien à signaler.

2) *Estomac.* — En somme, en laissant de côté la péritonite purulente et ses effets immédiats : (vascularisation des organes abdominaux, teinte lie de vin de l'œsophage et même de l'aorte thoracique). Tout l'intérêt se porte sur l'estomac.

Celui-ci présente deux régions absolument distinctes : l'une comprend la grosse tubérosité, soit les 2/3 externes environ; l'autre la région prépylorique et pylorique, soit le 1/3 interne.

La grosse tubérosité, les 2/3 internes sont dilatés et forment une grosse poche, tombant bien au-dessous du niveau du pylore, environ à deux travers de doigt au-dessous de la région ombilicale.

Dans cette poche qui ne communique pas du tout avec le pylore, le canal pylorique étant complètement obstrué, se sont accumulés environ une vingtaine de noyaux de prune, six noyaux de datte, des pépins de poire et d'orange. Cette poche est pleine de liquide marc de café : 1 litre et demi environ.

Toute la muqueuse de la grosse tubérosité est lisse. Au contraire, une bande de tissu de 6 centimètres environ, à gros plis, précède la région pylorique.

A ce niveau, l'estomac se resserre brusquement et se trouve rempli complètement par le développement d'une tumeur.

Examen histologique. — Epithélioma colloïde.

OBSERVATION V

(Inédite. M. le professeur Quénu).

X... 50 ans, médecin. Néoplasme de la petite courbure. Perforation. Péritonite généralisée.

Il s'agit d'un malade de 50 ans, médecin chez lequel M. le professeur Quénu avait fait le diagnostic du cancer de l'esto-

mac, bien qu'il n'existât pas de tumeur perceptible à la palpation.

Le malade vomissait; il avait considérablement maigri, la réaction de Weber constamment positive décelait des hémorragies occultes.

Brusquement, un soir, M. le professeur Quénu est appelé au téléphone : le malade vient de ressentir une douleur brusque, intense, dans le ventre.

Le malade est transporté aussitôt dans une maison de santé et opéré deux heures après le début des accidents par M. Quénu aidé de M. Duval.

Après incision de la paroi, on trouve sur la face antérieure de l'estomac, tout près de la petite courbure, sous le foie qu'on est obligé de soulever, une perforation du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, par laquelle s'écoule le contenu de l'estomac.

Entre le foie et l'estomac on remarque quelques adhérences : ébauches de processus d'enkystement.

Avec de grandes difficultés, à bout de doigt, on suture la perforation, mais comme la suture est faite en plein tissu cancéreux, les fils coupent.

On essaie d'enfouir la perforation, en suturant par-dessus deux plis de l'estomac, on n'y réussit pas : les parois de l'estomac sont totalement infiltrées par le cancer, de consistance cartonneuse.

En désespoir de cause on draîne la perforation vers l'extérieur par des mèches de gaze.

Le malade qui souffrait beaucoup, est très soulagé après l'opération, le pouls est mieux frappé.

Le malade vit encore deux ou trois jours sans souffrir, sans présenter de réaction péritonéale.

Il meurt de cachexie progressive.

OBSERVATION VI

(Inédite. M. le professeur Quénu)

La malade, âgée de 62 ans, est entrée le 20 décembre dans le service de M. Widal pour de l'anorexie et de l'amaigrissement.

Elle n'a jamais souffert, mais depuis un an, elle maigrit (18 kilos); cet amaigrissement s'est accentué depuis 3 mois, époque où apparaît un dégoût marqué pour la viande. Elle entre une première fois à l'hôpital, le 12 décembre, dans le service de M. Chauffard. Elle y reste cinq jours, pendant lesquels on fait l'examen du liquide gastrique.

Pas d'acide chlorhydrique libre. Acidité totale 1,30.

Acides butrycique et lactique : traces.

Sur sa demande, la malade sort le 17 décembre, et entre dans le service de M. Widal, le 20.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

L'estomac paraît normal.

Constipation légère.

En somme, pas d'autres symptômes que de l'anorexie et de la constipation.

Le 25 décembre, la radioscopie faite, chez M. Widal, montre une portion de la petite courbure, peu nette, laissant supposer l'existence d'adhérences gastro-hépatiques.

D'autre part, on note une invagination de la paroi stomacale, au niveau de la partie moyenne de la grande courbure.

Le 29 décembre à 7 heures et demie, la malade est prise d'une douleur assez vive; le facies se grippe, le pouls est à 120.

La malade est vue à 9 heures et demie. Le ventre est peu tendu; pouls = 103. Température 36°6.

Opération 29 décembre.— Incision sous-ombilicale. Aussitôt le ventre ouvert, s'écoule un liquide noirâtre, mousseux et fétide. On refoule les anses intestinales, on relève la face inférieure de foie, on incise sur la petite courbure, au niveau de

laquelle on distingue une masse bourgeonnante, véritable chou-fleur, qui occupe toute l'étendue de la petite courbure et rétracte le petit épiploon. Cette masse se continue sur la face antérieure de l'estomac par une bride transversale, médio-gastrique, qui explique la biloculation relevée à la radioscopie.

Cette masse, à la palpation, est dure, mais semble extérieure par rapport aux parois de l'estomac, et l'on se demande si l'on n'a pas affaire plutôt à des ganglions néoplasiques qu'à la masse épithéliomateuse elle-même.

On cherche l'orifice de perforation ; on ne le trouve pas, bien que le stylet s'enfonce profondément entre deux bourgeons.

On suture le méso-colon transverse au bord inférieur du ligament falciforme. On met deux mèches et deux drains.

Autopsie de Louise G... morte le 5 janvier 1911.

On incise, depuis le manubrium sternal, jusqu'au pubis.

I) A l'incision de la paroi, on tombe sur un foyer purulent, verdâtre, infectant non seulement la cavité péritonéale, mais encore tous les plans de la paroi, jusques et y compris le tissu cellulaire sous-cutané.

Cette zone pleine de pus verdâtre s'étend en bas jusqu'au mésocolon transverse, au niveau duquel, elle s'arrête nettement. Tout l'étage sous-mésocolique de l'abdomen est absolument sain.

En haut, cette zone d'infection s'étend jusqu'à la face inférieure du lobe gauche du foie qui lui sert de toit. Cette face est modifiée dans sa coloration : elle est devenue verdâtre.

Limitée nettement à droite, cette zone l'est très mal à gauche. C'est au milieu de cette zone que l'on aperçoit et le jéjunum à la peau, et l'estomac.

II) L'estomac est de forme très irrégulière. La petite courbure apparaît hérissée de végétations, de mamelons irréguliers et rénitents présentant par endroits une coloration noirâtre.

Sur sa face antérieure et au voisinage de la petite courbure, on aperçoit une perforation triangulaire dont la base regarde du côté de la petite courbure. Cette perforation tolère l'introduction de l'index.

Si l'on introduit l'index dans cette perforation, et qu'avec le reste de la main on palpe la surface extérieure de l'estomac; on peut ainsi se rendre compte de l'épaisseur et de la souplesse des diverses parties de la paroi stomacale.

On constate alors que l'épaisissement maximum siège au niveau de la petite courbure. A ce niveau, on sent à l'intérieur de l'estomac des mamelons, des fongosités rénitentes, analogues à celles que l'on a constatées du côté de la surface extérieure.

Sur la face antérieure, l'épaississement ne dépasse pas la perforation, de sorte que la majeure partie de la face antérieure de l'estomac est indemne, à paroi souple et mince.

Au contraire, à partir de la petite courbure, l'épaississement et l'irrégularité de la paroi, se poursuivent sur toute la face postérieure, atteignant presque la grande courbure.

Enfin si, à partir de la perforation, on essaie d'introduire l'index dans le pylore, on ne le peut qu'avec beaucoup de difficultés : le doigt vient en effet, buter contre une sorte de croissant à bord tranchant, développé sur toute la demi-circonférence supérieure du pylore, et en restreignant d'autant l'orifice.

Mentionnons enfin, qu'avant toute exploration digitale, il avait suffi d'une légère pression sur l'estomac, pour faire s'écouler, par la perforation, un liquide d'un jaune sale.

III) Le foie est gros, un peu gras, mais à la coupe, on n'y trouve pas de noyau secondaire.

La rate est de taille normale d'un gris noirâtre, ridée.

IV) A l'autopsie de la cavité thoracique, on trouve un cœur très graisseux. Le poumon droit est congestionné, Quant au poumon gauche, on y trouve une congestion considérable de la base; le poumon est violacé, avec des traînées

noirâtres. A la pression des petites bronches on fait sortir du pus.

Les autres organes (intestin grêle, gros intestin, etc.) sont sains.

OBSERVATION VII

Perforation stomacale causée par un cancer.

Planchard. *Bulletin. Soc. Anat.* Janvier 1888. P. 47.

Il s'agit d'un homme de 67 ans, qui souffrait depuis 14 ans de troubles dyspeptiques. Il se plaignait de douleur à l'épigastre, d'inappétence et de vomissements alimentaires. Il avait maigri et avait une teinte cachectique. A l'examen, on trouvait à l'épigastre du tympanisme sur une grande étendue et du gargouillement; aussi en raison de l'âge du malade et de l'amaigrissement on avait fait le diagnostic de dilatation de l'estomac consécutive à un carcinome. Le diagnostic fut vérifié en quelque sorte, car le malade eut un jour un vomissement noir, marc de café. En dehors de cela, pas d'autres vomissements. Sous l'influence du régime lacté, l'état général s'était relevé; le malade mangeait bien la nourriture de l'hôpital, mais il avait toujours des douleurs et du gargouillement à l'épigastre.

Le 12 janvier, à 2 heures du matin, il fut pris subitement d'une douleur excessivement violente, généralisée dans tout l'abdomen; les traits se tirent, le pouls devint rapide et filiforme et il succombe à 10 heures du matin sans avoir eu d'élévation de température.

A l'*autopsie*, la paroi abdominale est excessivement tendue, mais aussitôt le péritoine incisé, les parois s'affaissent. Les gaz étaient dans la cavité péritonéale. Pas de trace de péritonite, mais un peu de liquide noirâtre, entre les anses intestinales qui sont absolument affaissées. Une partie du colon transverse est seule distendue. Elle occupe toute la

région épigastrique et c'était elle qui donnait le tympanisme et le gargouillement pendant la vie. Les gaz n'y circulent pas, même en pressant dessus avec la main, à cause d'une disposition spéciale : l'intestin en effet est plié en S, en avant et en arrière de cette dilatation.

Après avoir enlevé cette anse, nous apercevons l'estomac qui présente une perforation à la partie antérieure et supérieure, au niveau de la petite courbure. Cette perforation admet l'extrémité du petit doigt. Tout autour les parois sont indurées.

L'estomac incisé, on découvre une ulcération carcinomateuse qui occupe la petite courbure.

OBSERVATION VIII

(Contour, *Soc. Anat.* 1840).

Mlle B..., âgée de 38 ans, n'a jamais été malade ; ce n'est que depuis huit mois que sa santé s'est altérée. Les digestions devenaient pénibles et douloureuses : pituites matinales, douleurs épigastriques, vomissements alimentaires d'abord, puis couleur chocolat. Affaiblissement, amaigrissement. Un séjour de quelques mois à l'hôpital la relève un peu, mais elle ne tarde pas à retomber et entre à l'hôpital le 5 février.

La malade vomit continuellement ; point de côté à gauche survenu six jours auparavant avec de la fièvre ; matité, abolition de murmure vésiculaire à gauche. Peau chaude. Rien au cœur.

La pleurésie évoluait favorablement, quand subitement la malade est prise de douleurs très violentes dans le creux de l'estomac et dans les hypochondres, avec irradiations dans le ventre qui devient aussitôt le siège d'un léger épanchement. Au bout de 4 jours la malade meurt au milieu de douleurs tellement violentes quelques heures avant la mort, que gênant

le jeu du diaphragme, elles occasionnèrent toutes les angoisses de la suffocation.

Autopsie, 36 heures après la mort.

Adhérences pleurales anciennes à droite; à gauche, quelques adhérences anciennes, peu de fausses membranes et un peu de liquide louche et lactescent, pas de tubercules.

On trouve dans le ventre un liquide louche séro-purulent; la cavité du petit bassin est remplie d'un véritable pus. Péritoine recouvert par places de fausses membranes.

La veine porte est bouchée au niveau de sa bifurcation et le caillot se continue de ses branches intra-hépatiques. Les veines spléniques et mésentériques sont également oblitérées et, comme la veine porte, leurs parois sont épaissies, leur face interne rouge et vascularisée, ce qui caractérise la phlébite.

Dans l'estomac, on trouve la paroi postérieure envahie par un néoplasme et près de la petite courbure, sur la face antérieure, se voit une perforation de la grandeur d'une pièce de 25 centimes environ.

PÉRITONITE LOCALISÉE

La perforation de l'estomac n'est pas toujours suivie de péritonite aiguë menaçant rapidement la vie du malade, il est des cas où l'infection du péritoine se limite, se localise au pourtour de l'estomac.

Voyons dans quelles conditions :

Tantôt les adhérences sont antérieures à la perforation.

Nous avons vu avec quelle facilité, les tumeurs cancéreuses molles et friables étaient envahies par les microbes de l'estomac. L'infection se propage de la profondeur à la surface et quand la perforation se produit, elle trouve devant elle une barrière d'adhérences périgastriques.

D'autres fois, les adhérences sont postérieures à la perforation. Mais cette perforation est alors fissuraire, étroite, ne laissant s'échapper que quelques gouttes de liquide. Le péritoine a le temps de réagir, pour enkyster la collection.

Enfin par suite d'un processus de périgastrite adhésive l'estomac adhère aux organes voisins : foie, rate; ces organes viennent d'abord obturer le point perforé, ils sont ensuite envahis par la gangrène qui creuse dans

leurs tissus des cavités n'ayant aucune communication avec la grande cavité péritonéale.

Nous aurons donc à étudier deux sortes de lésions :

1° *Les abcès simples* à évolution soit thoracique, soit abdominale.

2° *Les abcès gangrèneux* envahissant soit le foie, soit la rate.

I. — ABCÈS SIMPLES

Symptômes. — Qu'ils évoluent vers le thorax ou vers l'abdomen, les abcès périgastriques présentent un certain nombre de symptômes communs.

Il s'agit d'ordinaire (*Obs. XI*) d'un malade qui présentait de signes de cancer en évolution.

Ce malade qui ne se plaignait que de douleurs peu intenses, accuse un jour une douleur plus vive, mieux localisée dans l'étage supérieur de l'abdomen.

Des vomissements, d'abondance variable, verdâtres surviennent.

La fièvre avec frisson, sueurs, apparaît.

Le malade se déprime et va toujours en s'affaiblissant.

Tels sont les faits rapportés dans l'observation citée plus haut.

On remarquera que cette douleur vive qui sans doute révèle la perforation, est moins intense, débute d'une façon moins brutale et moins dramatique qu'au cours des perforations suivies de péritonite suraiguë.

Au lieu de s'aggraver rapidement, l'état général semble s'améliorer momentanément ou reste stationnaire au point que souvent le diagnostic de perforation subaiguë ne se présente pas à l'esprit.

Dans tous les cas, la fièvre oscille entre 38° et 39° décelant la formation du pus. Le pouls est petit et rapide. Le facies profondément altéré, les yeux excavés.

A ces symptômes communs qui annoncent la formation d'une collection purulente, s'ajoutent des *signes spéciaux* variant avec le siège de l'abcès.

I. — *Forme thoracique.*

Les observations d'abcès périgastriques à forme thoracique sont rares; ils sont consécutifs à la perforation de cancers de la grosse tubérosité ou de la petite courbure qui eux-mêmes ne sont pas fréquents.

L'abcès se révèle par une douleur vague à la base du thorax, une sensation de gêne respiratoire exagérée par l'effort.

On remarque à l'inspection une légère voussure du thorax.

La pression au niveau des insertions du diaphragme, le long du sternum, entre les chefs d'insertion du sterno-cleïdo-mastoïdien, tous points correspondant au trajet du phrénique, détermine une douleur plus ou moins vive.

On trouve à la base du thorax une zone de matité d'étendue variable.

A ce niveau, la respiration est soit diminuée, soit totalement abolie.

Diagnostic. — En présence de ces symptômes, on se

demande s'il s'agit d'une collection située au-dessus ou au-dessous du diaphragme, d'une pleurésie purulente ou d'un abcès sous-phrénique.

On fera le diagnostic d'abcès sous-phrénique si l'on constate :

A l'inspection une diminunion de l'obliquité des côtes. (Gueneau de Mussy).

La zone de matité est convexe en haut et affecte la forme d'un dôme dans l'abcès sous-phrénique ; elle est parabolique dans les collections pleurales.

La ponction exploratrice, comme Pfuhl et Fürbringer l'ont montré, peut rendre d'utiles services.

La radioscopie donne des résultats plus intéressants.

A l'état normal, les deux moitiés du diaphragme ne sont pas sur un même plan horizontal : la moitié droite de la coupole diaphragmatique est plus élevée de 3 à 4 centimètres que la moitié gauche.

S'il s'agit d'une pleurésie, les contours du diaphragme sont flous et l'on aperçoit plus ou moins haut la limite horizontale, mobile de l'épanchement.

S'il s'agit au contraire d'une collection sous-phrénique, les contours du diaphragme sont nets et la moitié correspondante de la coupole est immobile et plus ou moins soulevée.

OBSERVATION IX

V. Chappet, *Lyon médical.* 7 Janvier 1894. vol. 75, p. 8.

J. D.., 60 ans, frappeur, entré le 13 octobre 1893, n'a pas d'antécédents héréditaires, assez bonne santé antérieure, pas d'habitudes alcooliques.

Il a commencé il y a 9 mois à souffrir de l'estomac, ne vomit pas, mais au moment de l'ingestion des aliments et au début de la digestion, il a une douleur vive à l'épigastre sans irradiations. Jamais de régurgitations ni de douleurs pendant la durée de la digestion.

Alternatives de diarrhée et de constipation. Deux mélænas dans la semaine qui a précédé son entrée à l'hôpital.

Amaigrissement et affaiblissement très considérable, jamais de fièvre; fréquemment œdème péri-malléolaire.

13 octobre. — A l'entrée, cachexie assez prononcée, teint jaune paille peu marqué, pas de fièvre.

A l'épigastre, en dedans des fausses côtes gauches, tumeur lisse, arrondie; un gros ganglion au-dessus de la clavicule et sous le sterno-mastoïdien gauche.

Voussure manifeste de la base du thorax à gauche sans œdème de la paroi; matité, abolition des vibrations.

Une ponction exploratrice ramène un liquide très trouble, fétide, avec des globules de pus. Le cœur parait dévié. Dyspnée peu marquée. Rien dans les urines, toujours pas de fièvre.

17 octobre. — Dyspnée, évacuation avec l'appareil Potain d'un litre de liquide fétide franchement purulent. Aucun signe de pyo-pneumothorax.

18 octobre. — Apparition d'un pyo-pneumothorax, toujours de l'apyrexie.

Mort dans la nuit du 19 au 20. *Autopsie.* — A l'ouverture du thorax, écoulement de 500 grammes de pus. Gaz très fétides, exsudats sur la plèvre qui n'est pas cloisonnée. Aucun noyau de généralisation.

La sonde cannelée et le doigt introduits dans l'orifice du pneumo-thorax pénètrent à travers une sorte de cavité jusque dans l'estomac.

Cœur légèrement dévié, quelques grammes de liquide purulent dans le péricarde.

Noyau de généralisation dans le foie. Aucune trace de péritonite même localisée.

Dans l'estomac rétracté, on trouve un cancer du cardia et de la petite courbure dont les villosités encombrent la cavité gastrique.

L'auteur fait suivre son observation de quelques remarques :

« Le malade, dit-il, avait depuis neuf mois des troubles « digestifs, mais l'infection secondaire de sa plèvre et de son « péricarde ont hâté sa fin. La lésion a déterminé peu à peu « par péritonite adhésive, une fusion intime entre l'estomac « et le diaphragme. Le néoplasme s'est bientôt ulcéré; la « base du poumon adhérente au diaphragme a été envahie « au contact de cette surface néoplasique, les microbes de la « suppuration ont pénétré par les voies lymphatiques jusque « dans la plèvre et la péricarde; il s'est développé un empyème « putride, longtemps avant l'entrée du malade à l'hôpital. « Puis, dans les derniers jours, les agents actifs de la gan- « grène (spirille buccal, proteus vulgaris, micrococcus tetra- « gènes) ont fait leur apparition. Ils ont pénétré à travers le « diaphragme jusqu'à la base du poumon, qui, subissant la « fonte gangréneuse, a rapidement formé une sorte de cavité « communiquant avec l'estomac; enfin la mince paroi qui « protégeait encore la plèvre, s'est rompue le lendemain de « la ponction et la cavité pleurale a été en rapport avec les « voies digestives ».

II. — *Forme abdominale.*

« Parmi les diverses régions de l'estomac, c'est le pylore qui est atteint le plus souvent, dans 75 p. 100 des cas environ, comme s'il y avait à ce niveau une prédisposition particulière à l'implantation du cancer » MATHIEU, *Ulcère et cancer*, p. 252.

A cette fréquence du cancer du pylore, correspond le nombre relativement élevé des abcès périgastriques à forme abdominale.

La présence d'une collection purulente se traduit d'ordinaire par une douleur assez vive dans l'hypocondre gauche, mais sans limites précises.

A l'inspection, on remarque une voussure plus ou moins marquée dans la région sus-ombilicale.

La palpation qui sera douce, lente, longue, progressive, afin d'amadouer la paroi contracturée et douloureuse, comme le recommande Lejars, permet de sentir sous le rebord costal une masse mal délimitée, descendant plus ou moins bas vers l'ombilic ou se continuant avec le foie.

La percussion permet de déceler une zone de matité qui prend de l'importance si elle siège à gauche. A droite, il est très difficile de la différencier de la matité hépatique.

Le **diagnostic** chez un cancéreux avéré sera à faire avec la périgastrite simple au cours de laquelle on observe de la douleur, de l'empâtement de la région.

Mais dans ce cas par le repos au lit, les compresses chaudes, ces accidents disparaissent assez rapidement tandis qu'ils persistent s'il existe un abcès d'un certain volume.

S'il s'agit d'un cancer latent, on pense à une péritonite d'origine tuberculeuse, à un abcès du foie et souvent comme on le verra à la lecture des observations, le diagnostic reste en suspens.

Dans les cas où le diagnostic d'abcès par perforation de l'estomac est fait, il faut encore rapporter cette perforation à sa cause. Est-elle consécutive à un ulcère ou à un cancer? Nous avons déjà vu à quelles difficultés on se

heurte en l'absence d'anamnestiques précis; nous n'y reviendrons pas.

Le pronostic des abcès périgastriques est toujours grave. Tantôt la mort survient rapidement du fait de l'intoxication générale, même subitement sans qu'on puisse en donner la cause (*Observation XIII*), tantôt lentement par cachectisation progressive. L'abcès laissé à lui-même tend à s'évacuer soit vers le colon créant des fistules gastro-coliques, soit vers l'extérieur créant des fistules gastro-cutanées, ces complications venant hâter les progrès de la cachexie.

OBSERVATION X (inédite).

For... Arthur 43 ans.
Entré le 19 mai 1910, salle Chomel.

Néoplasme de l'estomac. Phénomènes cliniques ayant fait penser à un cancer de l'œsophage. Jamais de signes gastriques.
Mort par cachexie progressive.

Pas d'antécédents héréditaires.
Père et mère.
Huit frères et sœurs.
Un garçon et une fille, tous bien portants.

Souffre depuis deux ans de dysphagie douloureuse. Au début, les bouchées d'aliments solides un peu grosses lui causaient une sensation de brûlure au passage. Jamais de douleur spontanée. Petit à petit, depuis 5 ans, cet état s'est aggravé. Aucun aliment solide ne passait. Le malade ne prenait que pâtes, purées liquides. Les aliments solides s'arrêtent

au niveau de l'appendice xyphoïde et sont rejetés mélangés de glaires et de salive.

Depuis huit jours, les liquides seulement peuvent passer et encore très lentement et par petites gorgées. De temps en temps, dans la journée, surtout depuis 24 heures, le malade rejette des gorgées de mucosités filantes.

Bon appétit.

Pas de dégoût électif.

Amaigrissement considérable surtout depuis 6 mois.

21 mai 1910. — Radioscopie.

Dilatation de l'œsophage.

La bouillie de bismuth descend rapidement jusqu'au cardia où elle s'arrête. Contractions péristaltiques très fortes. Il passe un peu de bismuth dans l'estomac.

2 juin 1910. — Œsophagoscopie par M. Bensande. On constate au niveau d'un rétrécissement siégeant à 36 cent. 1/2 un bourgeon néoplasique.

Après un séjour prolongé à l'hôpital, et sans qu'il ait jamais présenté de phénomènes gastriques, le malade est mort le 3 octobre 1910 de cachexie progressive.

Autopsie le 3 octobre 1910.

Cancer du cardia et de la moitié cardiaque de l'estomac, pris pour un néoplasme de l'œsophage. Double perforation gastrique.

Le malade était considéré comme simplement atteint d'un cancer de la partie inférieure de l'œsophage.

Thorax : Pas de ganglions médiastinaux.

Abdomen : Pas d'ascite, pas de noyau dans le foie.

L'estomac, la rate, le lobe gauche du foie, la coupole diaphragmatique gauche et le rein gauche forment une seule masse, qu'il est impossible de dissocier sur place et qu'on enlève en bloc.

En disséquant ce bloc, on trouve, limitées par des adhérences, deux cavités distinctes : l'une, supérieure, entre le lobe gauche du foie, le diaphragme, la moitié supérieure de la rate

et la grosse tubérosité; l'autre, moins volumineuse, entre la moitié inférieure de la rate et l'estomac en haut et le pôle supérieur du rein avec la queue du pancréas, en bas et en dedans des adhérences épaisses de plus de un centimètre.

Il n'y a de noyaux néoplasiques, ni dans le foie, ni dans la rate.

Un paquet ganglionnaire, gros comme un œuf de poule, occupe la petite courbure.

Broncho-pneumonie, pyothorax gangréneux du lobe inférieur gauche. Le poumon forme une éponge de pus à odeur gangréneuse.

Incision *de l'œsophage* et de *l'estomac*. On trouve, non pas un néoplasme de l'œsophage; mais un néoplasme de l'estomac. Il s'agit d'un néoplasme de la petite courbure et du cardia, étendu aux faces et envahissant les deux tiers de la surface totale de l'estomac.

Est seule intacte, une bande très régulière de paroi de six centimètres de large, en amont du pylore; celui-ci par suite de la rétraction de l'estomac, est très petit (mesurant 18 cent. du cardia au pylore sur la pièce ouverte); le pylore est reporté très en haut, sur le même plan que le cardia.

L'œsophage est envahi par le bourgeonnement cancéreux sur une hauteur de 5 à 12 millimètres. Les bourgeons sont nettement visibles au niveau du cardia: plusieurs sont hauts de 10 ou 12 millimètres. Ce sont de petits cylindres, des renflements digitiformes, dirigés vers l'œsophage et le pénétrant.

Sur l'estomac, néoplasme en plaque cupuliforme, mais l'existence d'une petite zone intacte, le long de la grande courbure, donne au néoplasme, la forme d'un sablier à grand axe allongé le long de la petite courbure. Aspect assez vasculaire, surtout sur les bords; le néoplasme forme, en effet, un bourrelet surélevé en talus, surplombant la muqueuse saine, de 8 à 10 millimètres de haut.

Un peu végétant vers le cardia, le néoplasme est lisse du côté du pylore.

Perforation anfractueuse d'environ 5 millimètres de diamètre, sur la face antérieure, à 1 centimètre de la grande courbure et à 2 centimètres au-dessous de la limite du bourrelet cancéreux, qui marque la séparation de l'œsophage et de l'estomac. Cette perforation, obliquement dirigée de haut en bas communique avec la poche supérieure précédemment décrite. L'autre perforation, étroite, fissuraire, située au-dessous de la précédente, communiquait avec la poche inférieure.

Légère dilatation œsophagienne sus-cardiaque.

Examen histologique : Epithelioma ampullaire typique peu envahissant en profondeur.

Infiltration interstitielle très marquée. Dilatation prononcée des capillaires sous-péritonéaux. Au voisinage de la perforation : gastrite interstitielle subaiguë et chronique. Gastrite parenchymateuse atrophique, figures pseudo-kystiques dans la muqueuse, formation au voisinage de la perforation, de vastes kystes cancéreux aux parois sphacélées, entourées de zones d'infiltration, elles-mêmes atteintes par la nécrose.

OBSERVATION XI (inédite).

Far... 59 ans, forgeron.

Cancer de l'estomac, perforation, abcès sous-hépatique. Autopsie.

Antécédents héréditaires : Père et mère morts. Pas de renseignements.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde à 9 ans. Assez grave, mais sans complications ni suites.

En 1862, fracture du fémur et d'un métatarsien gauche. Rentre à l'hôpital. Contracte la variole. Pas de suites.

En 1885, étant au Canada, a eu la dysenterie sans complication. Il revint en France et fut alors en traitement pour une

affection indéterminée. On aurait constaté à ce moment une augmentation notable du volume du foie.

Pendant longtemps, le malade buvait par jour environ 4 litres de vin, plus quelques petits verres de rhum.

Pendant son séjour au Canada, il avait coutume, en outre, de boire par jour environ un litre de thé fort.

A toussé autrefois. Pas de maladies pulmonaires antérieures nettes.

Histoire de la maladie : Le malade se plaint de son estomac depuis une année. D'abord, chaque matin, il avait des pituites, rendait quelques glaires et un peu de bile quelquefois, mais jamais de régurgitations alimentaires ni de vomissements.

Son appétit allait en diminuant. Il mangeait de préférence des légumes et du poisson; la viande ne lui plaisait pas. Puis durant le mois de mai, les vomissements ont apparu. Le malade prenait en se levant son petit déjeuner et vomissait ensuite, tantôt une demi-heure, tantôt une heure après.

Puis il vint à vomir également après le repas de midi et après le repas du soir. Mais cela se produisait d'une façon très irrégulière, les vomissements ne se produisant pas après tous les repas.

D'autre part, le malade (qui répond avec difficulté et surtout sans netteté aux questions renouvelées sous toutes les formes) ne peut préciser le temps exact qui séparait les vomissements des repas. Tout ce qu'il répète, c'est que le soir il se couchait presque aussitôt après dîner et que « dans son premier sommeil », il était réveillé par le besoin de vomir.

Il ne peut préciser non plus l'abondance de ses vomissements. Toutefois, dans ses réponses diverses, il ne décrit jamais de vomissement abondant, remplissant en une seule fois, à flots, une cuvette.

Il déclare n'avoir reconnu dans ses vomissements que des aliments ingérés au repas précédent et non aux repas antérieurs ou la veille.

Le malade ne souffrait pas, mais les vomissements étant devenus plus fréquents, puis quotidiens, il vint consulter dans le service au mois d'octobre.

On le pesa et il reconnut avoir maigri de 24 kilos depuis le début de sa maladie.

Le malade, auparavant, mangeait n'importe quoi, au hasard de son appétit et de ses goûts. Il fut mis au régime lacté absolu (3 litres), mais il ne prit jamais ces 3 litres de lait. Tout au plus en prenait-il 1 litre et demi environ.

Toutefois il allait mieux. Les vomissements cessèrent dès la première semaine. Il continuait à travailler, perdant ses forces; finalement il vint pour entrer à l'hôpital où il fut admis le 10 décembre, salle Chomel, n° 10.

Etat actuel : le 11 décembre. — Le malade, le visage émacié et un peu bouffi en même temps, les traits tirés, a un teint jaune, terreux et sale. Son corps et ses membres présentent une teinte analogue.

Pas d'œdème des jambes.

La respiration est un peu gênée. Le malade se plaint d'avoir mauvaise bouche. La langue est sale, mais n'est pas sèche.

Rien d'anormal à la gorge.

L'examen de la poitrine montre une diminution de la sonorité à droite, en arrière, à la partie supérieure. A ce niveau, la respiration est obscure, l'inspiration rude, l'expiration un peu prolongée; pas de bruits adventices.

Cœur.— Ni déplacement, ni dilatation, ni signes anormaux. Dans les urines, ni albumine, ni sucre; mais les urines sont rares, foncées et un peu troubles.

Le ventre est un peu gros, légèrement tympanisé. On note une zone de matité à concavité supérieure; l'épanchement ascitique est libre et d'assez faible importance. Pas de dilatation veineuse.

Le malade étant à jeun : Traube normal. Pas de clapotage, ni de flot.

Le foie mesure en hauteur 4 centimètres sur la ligne mame-

lonnaire. Il dépasse de 1 à 2 travers de doigt le rebord des fausses côtes; son bord antérieur est à peu près régulier, sans nodosités.

La rate n'est pas augmentée de volume.

L'exploration est un peu douloureuse, sans localisation précise; le malade se plaint d'ailleurs de douleurs vagues spontanées.

Température : la veille 38° 6, le matin 38° 2.

Pouls entre 100 et 110.

Traitement : lait 2 litres 1/2.

Chlorate de soude, 6 grammes.

12 décembre : Température la veille 38° 8, le matin 38° 3.

Le malade est à peu près dans le même état que la veille. Il respire avec peine, irrégulièrement, mais ne tousse pas.

Il se plaint de douleurs quand il fait des mouvements dans son lit, mais n'en peut préciser le siège. Il souffre dans le ventre et dans les reins et il n'esquisse, avec sa main, qu'un geste vague pour le montrer. L'exploration de l'abdomen donne les mêmes résultats que la veille.

13 décembre : Température : la veille 38° 9, le matin 38° 1.

Le malade se plaint plus vivement de douleurs; l'exploration du ventre réveille dans l'étage supérieur de l'abdomen une vive douleur qu'il n'accusait pas les jours précédents; mais il ne décrit rien de précis comme douleurs siégeant dans le dos.

Le malade a eu un vomissement la veille vers 10 heures du soir, environ 1/2 litre de liquide à peu près clair et de couleur olivâtre : filtré, il a l'apparence d'un liquide teinté par la bile.

L'addition d'acide azotique détermine un abondant précipité et il est impossible de constater les colorations de la réaction de Gmelin.

Réaction négative au Weber, à la benzidine.

On continue le chlorate de soude.

De plus : Dionine 0,06 et glace sur le ventre.

Le 14 décembre : Température, la veille 38° 2, le matin 38.

Quoique ayant gardé très mal sa glace sur le ventre, le

malade se déclare un peu soulagé de ce côté. Il se plaint toujours d'avoir mauvaise bouche, la langue est sale, n'est pas sèche.

Le 15 décembre : Température, la veille 37° 4, le matin 38°,

Etat à peu près stationnaire.

Le malade souffre un peu moins du ventre, mais l'abdomen est un peu plus météorisé que la veille. L'épanchement n'a pas subi de variation.

16 décembre : Température, la veille 38°, le matin 37°.

Le météorisme abdominal est un peu moindre; le malade a été abondamment à la selle avec un lavement.

Réaction de Weber et benzidine négatives.

17 décembre : Température de la veille 37° 6, le matin 39° 4.

Le malade est déprimé.

Il n'a pas vomi. Pendant la visite, il veut se lever pour aller à la selle, il est pris de syncope

On l'examine une demi-heure après : Pouls à 122, faible, mais régulier.

Pas de douleur localisée dans l'abdomen; un peu de météorisme.

L'épanchement reste peu abondant.

Estomac, pas de flot, ni clapotage. Urines rares, moins de 500.

Pas d'albumine.

Traitement : lait, 40 grammes de lactose; 3 injections d'huile camphrée dans la journée.

18 décembre : Température : la veille 37° 8, le matin 37° 4. Le malade est très affaibli; le pouls ne s'est pas relevé, le malade n'a pas vomi. Il a des renvois fréquents. Pas de hoquet.

Même traitemement que la veille.

19 décembre : Température : la veille 37°, le matin 37° 2.

Affaiblissement considérable.

Tendances au collapsus.

Pouls à peine perceptible.

Langue sale et sèche.

Examen de l'abdomen : aucune modification.

Piqûre d'éther.

Le malade va s'affaiblissant progressivement et meurt dans l'après-midi, vers 3 heures.

Autopsie. — Le 21 décembre à 10 heures du matin (41 heures après la mort).

A l'ouverture du thorax, on ne constate rien d'anormal, ni liquide, ni adhérences.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un litre et demi ou deux d'un liquide jaune sale, un peu louche.

Le foie est gros, et quand on veut l'isoler, on est obligé de rompre quelques adhérences, et il s'écoule subitement un pus verdâtre, mal lié, dont la quantité peut être évaluée approximativement à un demi-litre. Ce pus était retenu au contact du foie, en partie au-dessus (entre le foie et le diaphragme), en partie au-dessous du lobe droit du foie.

La face inférieure du diaphragme est recouverte de pseudo-membranes occupant la partie droite de la coupole sur une étendue d'un travers de main. Ces pseudo-membranes répondent à l'extrémité droite de la face supérieure du foie. Elles se continuent en descendant à droite, et contournant le bord inférieur du foie, se prolongent sur la face inférieure de l'organe (sur la face inférieure du lobe droit seulement).

En arrière, entre le bord postérieur du foie et le diaphragme, il existe des adhérences étendues suivant deux ou trois travers de doigt. Adhérence aussi, entre la partie postérieure de la face supérieure du foie et le diaphragme.

La face antérieure de l'estomac est facilement accessible dans sa moitié supérieure. L'organe a une conformation à peu près normale, pas de dilatation.

En descendant vers le pylore, on est bientôt arrêté par des adhérences étroites entre la portion prépylorique de la petite courbure et de la face antérieure, avec la face inférieure du

lobe gauche du foie, au voisinage du sillon de la veine ombilicale.

Au voisinage de la ligne d'adhérences, on constate, sur la paroi antérieure de l'estomac, une série de noyaux néoplasiques, de grosseur variant entre le volume d'une noisette et d'une noix. On peut néanmoins rompre les premières adhérences, et l'on trouve, à environ deux centimètres du pylore, sur la face antéro-supérieure de l'antre pylorique, l'orifice à bords irréguliers d'une perforation, qui admettrait le calibre d'un crayon.

Cet orifice correspond à une perte de substance, qui, vue du côté interne de la paroi, est au milieu d'une masse néoplasique. Ce néoplasme occupe toute la circonférence du canal pylorique, sans rétrécir d'une façon appréciable l'orifice. Les parois sont restées molles, sans induration notable, sans anneau ni bride. La paroi est simplement recouverte d'une couche irrégulière, mammelonnée et vallonnée de néoplasme végétant en surévélation de un demi centimètre.

Le restant de la muqueuse est normale, depuis le cardia, sur toutes les faces, jusqu'à environ cinq centimètres du pylore.

On ne note aucune trace d'ulcération intéressant des vaisseaux; aucune trace d'épanchement sanguin. Pas d'envahissement circumvoisin des ganglions, ni du foie, ni du pancréas.

Le duodédum, les voies biliaires ne présentent rien d'anormal, ainsi que l'intestin.

La vésicule est de volume normal. Il s'en écoule un liquide olivâtre, épais.

Pas de calculs.

Le foie pèse exactement deux kilogrammes; hypertrophié et graisseux.

La *rate* pèse 125 grammes.

Elle est pâle et dure à la coupe.

Pas d'infarctus ni de suppuration.

Les reins pèsent : le droit 130 grammes, et le gauche

135 grammes. Ils sont pâles, durs à la coupe. La zone corticale est diminuée. Rien d'anormal à la surface.

Le cœur est de volume normal ; le myocarde est pâle, peu épais.

Pas de lésions valvulaires.

Poumons non congestionnés.

A la partie supérieure du poumon droit, l'organe est dur à couper. Il s'agit vraisemblablement de lésions tuberculeuses anciennes.

Pas de granulations, ni de tubercules en évolution.

Pour le reste, rien d'anormal.

OBSERVATION XII (inédite).

L'Herm... 46 ans blanchisseuse.

Antécédents personnels. — Il y a 6 ans, plusieurs crises de coliques hépatiques. Douleur dans l'hypochondre droit, survenant brusquement. Décoloration des selles ; urines très foncées. Ces crises étaient suivies d'ictère.

Depuis deux mois, la malade se plaint de douleurs dans l'hypochondre droit.

Elle avait déjà, depuis un ou deux mois, quelques troubles digestifs peu marqués. Les digestions étaient pénibles ; l'appétit était diminué ; la malade maigrissait.

Depuis deux mois, cette douleur dans l'hypochondre droit survient dès que la malade se lève, et se calme dans la position horizontale. Ces crises douloureuses surviennent brusquement, sans aucun horaire fixe, durant dix minutes environ, puis disparaissent brusquement.

Douleur dans le dos, vers la pointe de l'omoplate.

La crise douloureuse se termine par un vomissement, un demi litre environ de liquide vert, sans débris d'aliments.

Depuis quinze jours, la malade ne souffre plus ; mais les

vomissements persistent ; deux ou trois vomissements par jour, tantôt bileux, tantôt hémorragiques.

En quinze jours, la malade a eu sept ou huit hématémèses, un ou deux verres de sang presque pur, rouge foncé.

Ce matin encore hématémèse assez abondante.

Constipation, jamais de diarrhée.

Les selles sont peu colorées.

L'anorexie est complète ; mais pas d'anorexie élective.

Depuis deux mois, la malade ne prend qu'un peu de potage et du tilleul.

Amaigrissement très marqué.

Examen. 20 juin. — La malade a eu un vomissement bilieux très abondant.

Elle ne souffre pas spontanément, mais la palpation est douloureuse dans la région épigastrique.

On sent, dans la région épigastrique, une masse qui paraît dépendre de l'estomac ou du foie.

Teint jaune paille. Malade très faible, très abattue.

27 juin. — La malade a tous les jours des vomissements abondants, mais contenant peu de sang.

Vomissements acides. Par le tubage, on retire peu de liquide.

Lavage avec 300 grammes de perchlorure de fer.

30 juin. — Traces d'albumine.

Hématémèses continuelles, 4 dans la journée.

Malade très affaiblie.

Décès dans la nuit.

Autopsie. — Pas d'ascite.

L'inspection rapide des organes révèle aussitôt des adhérences de la pointe et de la face antérieure du lobe gauche, à la face antérieure de la région juxta-pylorique de l'estomac, ces adhérences consistent en fin tractus blanchâtres, très minces, peu résistants.

En effet, à peine a-t-on soulevé la pointe du lobe gauche du foie, que brusquement se déchire le faible rideau des adhé-

rences antérieures et qu'apparait entre la face inférieure du foie et la face antérieure de l'estomac, une cavité de la di mension d'une noix. De cette cavité, coule un liquide brun clair, sans odeur particulièrement fétide, analogue du reste au liquide contenu dans la cavité gastrique.

Les parois de cette cavité sont lisses, grisâtres, la face hépatique est libre, non revêtue de fausses membranes, mais présente un noyau blanc, saillant, du volume d'une noisette, cancéreux. Ce noyau cancéreux est le seul noyau hépatique, il s'agit d'envahissement par contiguité.

Le reste du foie est de dimension normale, un peu pâle; certain degré de stéatose.

Pour en revenir à l'estomac :

L'estomac est un peu dilaté, et renferme un litre de liquide brun clair, nettement hématique d'aspect, beaucoup moins foncé que le liquide vomi par la malade.

La muqueuse gastrique est lisse. L'attention est attirée par la région pylorique.

La sténose pylorique est complète. Il existe un néoplasme juxta-pylorique. Le néoplasme est végétant, mou, et ce sont ces fongosités, qui, tassées devant le pylore, en sténosent l'orifice (type des cancers encéphaloïdes des anciens auteurs).

Le cancer est annulaire, s'étend sur une auteur de 5 ou 6 centimètres. Les fongosités ont de 1 à 4 centimètres de haut, très molles; la moindre pression en fait sortir un suc laiteux. Le doigt s'y enfonce sans aucune résistance.

Plusieurs points sont sphacélés, d'autres infiltrés de sang, on ne voit, en aucun endroit, de vaisseau sphacélé.

Le cancer à sa périphérie du côté de la grande cavité gastrique, se termine tantôt brusquement, tantôt par une infiltration, qui, à l'œil nu, se confond insensiblement avec le tissu normal. Du côté de la valvule pylorique, les végétations ne s'arrêtent pas brusquement, mais le néoplasme envahit le duodénum sur une étendue de 2 centimètres.

Le néoplasme s'étend sensiblement plus sur la face posté-

rieure. Sur la face antérieure le néoplasme surplombe de ses végétations une fente de 4 centimètres de haut qui clivant en quelque sorte la paroi gastrique, se rétrécissant en entonnoir débouche par une fissure de 1 centimètre de haut dans la cavité sous-hépatique.

Pas de lymphangite cancéreuse sur les faces de l'estomac, ganglions retropyloriques et pancréatiques envahis.

Examen histologique : Cancer atypique avec dégénérescence colloïde.

OBSERVATION XIII

Cancer du pylore. Perforation de l'estomac. Mort subite. (H. Meunier. *Bul. Soc. Anat.* Mars 1893. p. 263).

Il s'agit d'une malade âgée de 70 ans, entrée à l'hôpital Beaujon, service du Dr Millard, le 10 mars, décédée le 22 mars.

Début apparent de la maladie, il y a un an.

Hématémèses et mélœnas depuis 3 mois. A son entrée, cachexie cancéreuse, vomissements, dilatation d'estomac, douleurs épigastriques, alimentation impossible, sensation de la tumeur sous l'appendice xyphoïde.

Mort subite le 22 mars, *sans phénomènes précurseurs*, *sans signes de péritonite*.

Autopsie :

Péritonite purulente, enkystée au devant de la petite tubérosité stomacale, la poche est limitée par le foie, l'estomac, la paroi abdominale. Perforation arrondie, grande comme une pièce de 1 franc, au milieu de la face antérieure de la petite tubérosité.

Celle-ci est transformée en une volumineuse masse cancéreuse, limitée au pylore, gagnant la petite courbure par la face postérieure.

Dilatation remarquable de la grande tubérosité.

L'absence de signes cliniques ne permet pas de préciser à quel moment s'est produite la perforation.

D'autre part, l'état d'extrême cachexie du malade et la présence de ganglions multiples dans l'épiploon et au niveau du hile du foie justifie l'abstention chirurgicale.

OBSERVATION XIV

FEULARD. (*In Archiv. gén. de Méd.* 1887, p. 158).

Jeune femme de 26 ans, entre, au commencement de février 1885, à l'hôpital Lariboisière, se plaignant de douleurs dans le ventre, et dans un état de pâleur et d'anémie extrême.

Comme antécédent pathologique, on trouve seulement la syphilis, contractée sept ans auparavant, et qui fut très exactement soignée. Pendant l'été de 1884, elle ressentit pour la première fois des douleurs abdominales qui furent assez vives pour l'obliger à garder le lit quelque temps.

Il y eut même quelques vomissements, et la malade s'aperçut qu'elle maigrissait et qu'elle perdait ses forces. Elle se sentait suffisamment rétablie au commencement de l'hiver pour se rendre à Marseille; mais bientôt les douleurs de ventre reparurent plus violentes encore et la malade, de nouveau s'alita; c'était au mois de décembre. Peu après, elle revenait à Paris, et depuis cette époque, elle n'a pas cessé d'être malade.

Actuellement, elle est tourmentée par des douleurs de ventre continuelles, des vomissements et de la diarrhée. L'appétit est nul, l'amaigrissement est très marqué, la peau est décolorée, d'une couleur blanc mat; les règles, supprimées depuis trois mois, ont fait place à une leucorrhée.

L'attention est attirée tout d'abord, naturellement, sur l'état

de l'abdomen. En effet, celui-ci, dans sa portion supérieure, est tendu et comme soulevé; au niveau de la région sus-ombilicale, existe une tuméfaction dure, lisse, étalée, qui s'étend de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, et même descend un peu au-dessous de celui-ci; elle se perd sur les côtés sans limite bien nette. Au niveau de l'ombilic, la peau semble adhérente à cette masse profonde; elle est peu mobile aux environs; elle est douloureuse à la palpation. Le ventre paraît sain dans sa moitié inférieure. Le toucher vaginal ne révèle rien de particulier. Il y a de la fièvre, la température est de 38°.

En face d'un état général mauvais, de la fièvre qui mine tous les jours la malade, des vomissements (ces vomissements sont alimentaires, parfois mélangés de matières bilieuses, mais ne contiennent jamais de sang), de la diarrhée, des douleurs abdominales et de la tuméfaction périombilicale, on porte le diagnostic de péritonite tuberculeuse chronique, malgré que l'examen des poumons ne révèle aucun signe de tuberculose pulmonaire.

La malade fut mise au traitement par les toniques, et on appliqua sur la tumeur des cataplasmes laudanisés. Un accident, qui se produisit quelques jours après, sembla venir confirmer le diagnostic porté. Huit jours après l'entrée de la malade, on vit apparaître au pourtour de l'ombilic, surtout à partie supérieure de la cicatrice, de la rougeur; la peau distendue devint chaude et douloureuse (6 février); de la fluctuation apparut, et le 18 février, du pus se faisait issue par la cicatrice ombilicale; le pus s'écoula en petite quantité; c'était un liquide séreux, mal lié, grisâtre, sans mélange de gaz, sans odeur particulière. Cet accident n'amenda pas la marche de la maladie; l'affaiblissement allait croissant, la malade rejetait tout ce qu'elle prenait, la diarrhée était pour ainsi dire, continue. L'écoulement de pus par l'ouverture ombilicale était peu abondant, sauf lorsqu'on pressait sur les parois abdominales, et l'on faisait alors sourdre une certaine quantité de liquide.

Sur ces entrefaites, la malade se met à tousser (7 mars), et l'on put constater dans la poitrine, quelques râles disséminés de bronchite. Au bout d'une dizaine de jours, la toux s'arrêta, mais la respiration restait rude au sommet du poumon droit (20 mars); et sa température oscillait toujours entre 38 et 39°. Alors survint un peu d'œdème malléolaire (26 mars); et le 8 avril, on constatait au mollet gauche, de la thrombose veineuse cachectique. L'état général empirait, et la malade s'éteignait le 18 avril, neuf semaines après la formation de cette bizarre fistule ombilicale.

L'autopsie nous ménageait une surprise. Une sonde cannelée est d'abord introduite par l'orifice extérieur de la fistule et pénètre jusqu'au milieu de sa longueur dans une matière molle. Après l'incision de la paroi abdominale, on trouve en arrière de l'ombilic une masse fongueuse noirâtre, entourée et baignée de liquide sanieux. Cette masse adhère à la fois à la paroi abdominale et à la paroi stomacale, si bien qu'en faisant l'ouverture longitudinale pour l'ouverture du corps, l'estomac a été ouvert du coup. On peut alors constater que ce viscère, dans sa portion pylorique, a subi la dégénérescence cancéreuse; les parois sont épaissies et présentent l'aspect connu au cancer encéphaloïde; l'orifice pylorique lui-même est respecté. La paroi de l'estomac fait corps, avons-nous dit, avec la masse rétro-ombilicale, mais il n'y a pas de perforation de la paroi stomacale. Des adhérences limitent sur les côtés, cette bouillie cancéreuse.

La cavité abdominale contient un litre environ de sérosité; le péritoine et les anses intestinales sont indemnes; le poumon gauche est sain; le droit renferme au sommet un noyau tuberculeux, ancien, crétacé; les plèvres sont saines. En résumé, cancer de la région pylorique, production de végétations cancéreuses au devant de l'estomac, adhérences de celle-ci à la paroi abdominale, ramollissement de ces fongosités, suppuration et fistule ombilicale.

OBSERVATION XV

(In thèse HÉRARD DE BESSÉ, p. 65).

D... âgé de 63 ans, cantonnier, entre le 19 mai 1890 à l'hôpital Lariboisière, salle Barth, lit n° 13.

Rien à signaler dans ses antécédents. A l'âge de 17 ans il a eu une pneumonie et depuis s'est toujours bien porté.

Il y a deux mois environ, son appétit a diminué, les digestions sont devenues difficiles et douloureuses. Pas de vomissements, à la même époque, il commence à ressentir à la région épigastrique une douleur sourde, continue, éxagérée par la pression et par l'ingestion d'aliments.

A la palpation, le malade a nettement constaté lui-même une tumeur dure, assez volumineuse à la pression. Cette tumeur étendue de 7 à 8 centimètres dans le sens vertical, de 5 à 6 dans le sens transversal, présente deux bosselures, l'une sur la ligne médiane, l'autre au niveau du grand droit de l'abdomen et près de la région ombilicale. On ne perçoit pas de bruit de clapotage.

La tumeur étant très superficielle presque sous la peau, on fait une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz et on retire un liquide sanieux. On fait le diagnostic du cancer de l'estomac avec abcès situé au devant.

Le malade reste deux mois dans le service, son état général s'aggrave de plus en plus, la cachexie apparaît, et avec elle l'œdème des membres inférieurs. Le 10 juillet, D... a un frisson assez violent, une dyspnée assez grande, et se plaint d'une douleur vive au genou droit; la température est de 39°5 ; aux bases des poumons, on trouve de nombreux râles sous-crépitants fins ; le genou est tuméfié, douloureux et contient un épanchement abondant.

Les symptômes vont s'aggravant et D... meurt le 19 juillet.

Autopsie. — A l'autopsie, un cancer occupant toute

l'étendue des parois stomacales. L'estomac est revenu sur lui-même et réduit presque à un simple conduit. Par la face antérieure perforée, sa cavité communique avec un masse cancéreuse, anfractueuse, qui s'étale à la face postérieure de la paroi abdominale et contient un liquide sanieux.

Le genou droit contient une grande quantité de pus.

Les deux poumons présentent de nombreux foyers de broncho-pneumonie, dont plusieurs petits abcès de la grosseur d'une noisette.

L'examen microscopique et les cultures sur agar-agar et gélatine montrèrent que des noyaux de broncho-pneumonie contenaient du streptocoque pyogène, ainsi que le pus de l'abcès et ses arthrites.

OBSERVATION XVI

Leflaive. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1885, p. 333.

Le nommé Pir. Charles, âgé de 62 ans, entre le 4 mai 1885, à l'hôpital Beaujon, service de M. Labbé, premier pavillon, lit numéro 50.

Depuis six mois, ce malade jusque-là bien portant s'est mis à maigrir; il a perdu l'appétit, surtout pour la viande. Il n'a pas eu d'hématémése; mais il a fréquemment des vomissements alimentaires ou glaireux. Il est, depuis ce temps, sujet à des alternatives de diarrhée et de constipation. Sans cause apparente, depuis huit jours, la région située au-dessous des fausses côtes droites est devenue douloureuse, puis tuméfiée et enfin rouge. Au moment de son entrée à l'hôpital, dans un espace limité en dedans par la ligne médiane, en haut et en dehors par les fausses côtes, en bas par une ligne transversale passant par l'ombilic. On reconnaît ainsi l'existence d'un vaste abcès de forme elliptique, à grand diamètre transversal, dont l'ouverture spontanée est imminente. Cet espace est mat,

le reste de l'abdomen est souple et sonore. L'exploration du foie, autant qu'elle est possible, n'indique rien de particulier.

Le diagnostic porté est : abcès au voisinage d'un cancer de l'estomac.

5 mai. — La région occupée par l'abcès est sonore aujourd'hui. A son extrémité droite, il semble que l'on sent profondément une partie dure qui doit appartenir à l'estomac. Une ponction pratiquée dans l'abcès avec un gros trocart, donne issue à des gaz très fétides. L'abcès est ensuite incisé au thermocautère.

Il en sort du pus épais, sans matières alimentaires. Lorsque le foyer est évacué, on voit que la cavité de l'abcès se prolonge sous les muscles. Le prolongement est incisé, et alors on aperçoit au fond de la plaie, un noyau blanchâtre de tissu cancéreux du volume d'une noisette. Comme pansement, on bourre la plaie de gaze iodoformée.

10 mai. — Une légère amélioration a été la conséquence de l'opération. Mais les jours suivants, cette amélioration disparaît.

L'amaigrissement fait des progrès rapides. L'état local est stationnaire et par la plaie, il ne sort pas de liquides stomacaux. Le malade est pris de délire tranquille ; il veut toujours s'habiller, s'imaginant qu'on le met à la porte de l'hôpital. Le jour, il est assez calme et dort beaucoup ; la nuit, il s'agite ; à partir du 25 mai, on est obligé de l'attacher. Il meurt le 28 mai à huit heures et demie du matin.

Autopsie. — Le 29 mai. En avant de la partie moyenne du sternum, on trouve un petit abcès. Des adhérences unissent les poumons aux côtés ; les sommets sont farcis de groupes de petits tubercules commençant à jaunir. Il n'y a plus de lésions tuberculeuses anciennes.

Dans le péricarde, il y a un grand verre de sérosité. Le péricarde viscéral est soulevé par l'œdème surtout abondant à la base ; à la pointe, au bord droit et le long des vaisseaux. L'origine de l'aorte est médiocrement athéromateuse.

La moitié pylorique de l'estomac est épaissie et très largement ulcérée. On trouve là des lésions d'un cancer en nappe, ayant peu de tendance à pousser des végétations. La face antérieure est adhérente au bord antérieur du foie et à la paroi abdominale. Une fistule, partant de l'estomac s'ouvre au fond de l'ulcère signalé plus haut. Le bord du foie est envahi par le cancer et traversé par la fistule. En dehors de cet envahissement par contiguité, on ne trouve aucune généralisation du cancer dans le foie. Des ganglions volumineux se trouvent dans les épiploons.

OBSERVATION XVII

Dudon (*Bordeaux médical*, 7 Février 1875, T. IV, n° 6, p. 41).

Pugaut Marie, née à Meurat (Landes) âgée de 44 ans, habite à Belin depuis de longues années.

Elle entre pour la première fois à l'hopital Saint-André le 13 décembre 1874 (salle 3, lit n° 16) pour une tumeur qu'elle porte sur la paroi abdominale au niveau de l'hypochondre gauche.

Elle a toujours joui d'une santé relativement bonne ; elle a eu 8 enfants dont 4 encore vivants et bien portants. Son père, mort d'une maladie sur laquelle elle ne peut donner aucun renseignement. Sa mère vit encore et n'est pas malade. L'une de ses sœurs est dans une salle voisine, avec un cancer de l'estomac.

Depuis le mois de février 1874, elle a éprouvé des douleurs dans l'estomac, lentes et sourdes, s'exagérant de temps en temps, et prenant un caractère d'acuité très grande. Peu habituée à mesurer son appétit, et à se rendre compte de ses sensations, elles ne peut donner aucun renseignement sur les phénomènes qui purent se passer alors du coté du tube digestif. Ce qu'elle assure, c'est qu'elle n'a jamais vomi,

qu'elle n'a jamais eu de diarrhée et qu'au contraire, elle est ordinairement constipée.

Elle attribue le développement de la tumeur, pour laquelle elle vient demander des soins, à une chute qu'elle fit, sur le côté, dans le courant du mois d'août dernier, pendant qu'elle travaillait dans les champs. Eprouvant une vive douleur dans le côté gauche, elle s'alita pendant quelques jours et reprit ensuite son travail. Peu de temps après, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur dure, douloureuse, un peu rouge, sur son hypochondre gauche ; en même temps elle fut prise de fièvre et fut obligée de garder le lit de nouveau. Un médecin, appelé près d'elle, ordonna des pilules de quinine à l'intérieur et des frictions huileuses sur la tumeur. Celle-ci, loin de disparaître, fit des progrès, se ramollit au centre, et resta stationnaire, jusqu'au jour où elle se présenta à notre examen.

Ce qui frappe tout d'abord, en approchant du lit de la malade, c'est son aspect extérieur, dénotant la plus grande misère physiologique. En effet, ses traits sont tirés, son visage profondément amaigri, ses yeux languissants, tout son corps est dans un état d'émaciation très grand; sa faiblesse est extrême; c'est à peine si elle peut se soutenir sur ses jambes; sa voix cassée peut à peine articuler un son, sa peau ridée et sèche a une couleur jaunâtre. Depuis longtemps elle a perdu tout appétit; elle refuse obstinément de prendre quelque peu de viande et de bouillon et préfère des légumes et de la salade fortement assaisonnée.

Elle n'a pas de fièvre, les organes respiratoires paraissent sains.

Quant à la lésion locale, qui l'a amenée à l'hôpital, voici en quoi elle consiste :

C'est une tumeur siégeant dans la région de l'hypochondre gauche, au niveau de la grande courbure de l'estomac; sa forme est celle d'un ovoïde à grand diamètre transversal, son volume égal celui d'un œuf; à sa surface, la peau est tendue, amincie, très brune; autour d'elle, au contraire, elle est

flétrie. Par la palpation, on s'aperçoit que la tumeur réelle ne consiste pas seulement en la saillie visible à l'œil, mais qu'elle s'étend tout autour de ce centre convexe, dans une étendue de deux à trois centimètres; de telle sorte que cette masse morbide a une longueur de dix centimètres dans le sens transversal, sur 7, dans le sens vertical.

Cette zone périphérique est dure, résistante, comme empâtée; la peau ne glisse pas sur elle; elle semble, au contraire, faire corps avec elle; le centre saillant est dépressible, fluctuant, très aminci. L'ensemble de la tumeur paraît se confondre avec le plan sous-jacent (grande courbure de l'estomac); cependant, l'extrémité des doigts, enfoncée profondément à la périphérie, donne la sensation d'un rebord épais, détaché des organes situés au-dessous. La percussion dénote une matité assez grande, malgré la présence de l'estomac au-dessous de la tumeur.

L'auscultation révèle la présence de bruits intestinaux.

La paroi abdominale paraît d'ailleurs saine; à sa partie inférieure, elle offre de nombreuses vergetures. Ayant partout conservé sa souplesse, elle n'est pas tendue; cependant en certains endroits, elle présente des masses globuleuses, dessinant les replis intestinaux.

Une circonstance digne d'être notée, c'est l'existence de deux ganglions très durs dans l'aisselle, correspondant à la tumeur et de deux autres sur la partie latérale du thorax du même côté.

Le 15 décembre, après une ponction exploratrice, ayant donné issue à une gouttelette de pus, une lancette est plongée dans le point fluctuant de la tumeur. Un flot de pus, évalué à un peu plus d'un demi-verre s'en échappe. Ce pus crêmeux, bien lié, de bonne nature en un mot, ne répandait aucune mauvaise odeur. Une mèche de charpie est introduite dans la plaie pour prévenir l'adhérence des lèvres; un gâteau de charpie, retenu par un bandage de corps, complète le pansement.

L'état de la malade était de plus en plus mauvais.

La mort eu lieu dans la nuit du 23 au 24 janvier.

Autopsie. — Fut pratiquée 48 heures après la mort. Le cadavre est infiltré de toutes part. Il n'y a pas de liquide dans la cavité péritonéale, mais un vaste épanchement séreux existe dans la plèvre. Les organes contenus dans le thorax sont sains. Les téguments de l'abdomen sont adhérents à la grande courbure de l'estomac; et la fistule communique directement avec l'intérieur de sa cavité. Ouvert et étalé sur la table, l'estomac présente une vaste ulcération grisâtre, tachetée de points noirs et indurés, ulcération siégeant sur la grande courbure. En regard de celle-ci, sur la petite courbure, on trouve aussi une plaque ulcérée, moins grande, ayant les mêmes caractères. Partout ailleurs la paroi stomacale paraît indemne, la cardia et le pylore sont absolument intacts.

De même que la peau, le côlon transverse adhère intimement à la partie inférieure de la grosse tubérosité de l'estomac; et après l'avoir fendu, il est facile de voir que les deux viscères (estomac et gros intestin) communiquent ensemble par une ouverture de la dimension d'une pièce de cinq francs au moins.

Des ganglions assez nombreux, très durs, existent isolés çà et là dans le mésentère. Une grosse masse ganglionnaire entoure le pancréas.

L'intestin grêle ne présente rien d'anormal. Les autres viscères sont sains, seule, la rate est un peu hypertrophiée.

OBSERVATION XVIII

Teissier (in *France médicale*, 1875, n° 73, 11 septembre, p. 585).

A la fin du mois de janvier 1875, entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Roch, une malade d'une cinquantaine d'années, d'un aspect éminemment cachectique, et présentant, dans la

région péri-ombilicale, une tumeur parfaitement bien limitée.

Dès son arrivée, elle fut soumise à l'examen le plus minutieux; et voici ce que révéla l'étude des antécédents, complétée par l'examen direct :

Cette femme est ménagère, malgré une santé habituellement bonne, elle peut être regardée comme anémique. Son grand-père et son frère ont succombé à une hémorrhagie foudroyante et sa mère a été enlevée par un squirrhe utérin. Néanmoins elle est arrivée jusqu'à l'âge de 47 ans, sans avoir à se plaindre de son état général, que n'avaient pas ébranlé non plus, quatre accouchements rapprochés.

A cette époque, ses digestions se troublèrent, elle avait des renvois, était forcée de recourir à une alimentation de choix; présentait des alternatives de constipation et de diarrhée; enfin tout le cortège symptomatique d'une dyspepsie gastro-intestinale. Mais ces malaises ne l'empêchaient pas de vaquer à ses occupations car elle ne souffrait pas.

Il y a trois mois, elle commença à ressentir dans le flanc gauche, des douleurs sourdes, profondes, qui s'irradièrent bientôt dans toute la portion antéro-latérale gauche de l'abdomen, toutefois, elle pouvait encore marcher et ne dut pas interrompre son travail.

Mais le 28 mars, elle sentit, en se palpant le ventre, quelque chose d'empâté, de dur, de résistant autour de l'ombilic; elle eut quelques inquiétudes elle se décida à solliciter son admission à l'Hôtel-Dieu. Jamais elle n'avait eu de coliques ni de vomissements.

En explorant avec soin la région malade, on avait, à la palpation, la sensation d'une dureté arrondie, d'un diamètre moyen de 12 centimètres, dureté bien circonscrite, malgré quelques points de sa circonférence où elle échappe à l'exploration; elle est aplatie, mobile, d'une consistance plus ferme autour de l'ombilic, ne paraissant pas enfin venir du foie, ni communiquer avec les reins ou l'intestin. La percus-

sion confirme les données de la palpation, et permet de circonscrire une large zone de matité, entourée dans toute sa périphérie d'une zône sonore.

En présence de pareils symptômes, en présence surtout d'une constitution fortement délabrée et d'un aspect profondément cachectique, la première pensée qui devait venir à l'esprit, était que cette femme devait être atteinte d'une dégénérescence ayant envahi le péritoine et l'épiploon, et s'étendant jusqu'à l'intestin. Toutefois, la marche consécutive des symptômes, devait prendre une allure, propre à ébranler cette première supposition.

Quelques jours après son entrée, en effet, la malade ressentit des douleurs assez vives, bien localisées autour de l'ombilic, et lendemain du jour où ces douleurs s'étaient manifestées, il fut donné d'observer une sécrétion humorale, crémeuse, bien liée, qui sortait par l'ombilic et qui s'écoulait en plus grande abondance, lorsqu'on pressait mécaniquement sur la surface de la tumeur. Le stylet introduit dans le trajet fistuleux, pénétrait à 4 ou 5 centimètres, et son extrémité semblait flotter librement, mais dans un espace mal limité.

D'où pouvait venir une semblable secrétion? Etait-ce un simple phlegmon de la paroi abdominale comme Ledran en a cité des exemples? L'absence de tout antécédent spécial traumatique, faisait rejeter cette hypothèse. La suppuration était aussi trop crémeuse pour faire supposer l'existence d'un kyste, placé entre le péritoine et la paroi de l'abdomen. Ce n'était pas non plus un abcès du foie ouvert au niveau de l'ombilic, l'intégrité des fonctions de l'organe, l'absence d'ictère, la mobilité de la tumeur, son isolement, tout combattait cette opinion. Le kyste hydatique était inadmissible ; il n'y avait pas eu d'hydatides expulsées. Toute la série des fistules biliaires et urinaires devaient être éliminées. Enfin l'intégrité de l'excrétion urinaire dénotait l'absence complète d'une altération du rein.

Fallait-il donc croire à l'existence d'une tumeur cancéreuse ulcérée? Le fait, parfaitement possible, pouvait pourtant être révoqué en doute, vu la nature de la suppuration qui n'avait rien d'ichoreux ni de fétide. Ce qui était le plus rationnel à admettre, c'était l'existence d'une péritonite partielle ayant son point de départ dans une altération cancéreuse ou tuberculeuse de mésentère, péritonite que la marche de la maladie et les antécédents pathologiques, autorisaient à admettre, mais dont la nature intime ne pouvait être déterminée.

Un traitement fut institué dans ce sens; on eut recours aux toniques, aux préparations arsenicales et aux pilules de perchlorure d'or et de soude. Mais la cachexie fit de rapides progrès, et la malade mourut le 12 juin 1875.

Autopsie. — L'autopsie partielle, seule, a pu être pratiquée : elle révéla bien l'existence d'une péritonite partielle autour de l'ombilic comme on l'avait supposé. A ce niveau, existait un foyer limité et des adhérences périphériques, formant une masse compacte entre le péritoine et l'estomac. Mais ce foyer communiquait en arrière avec une énorme tumeur de l'estomac, tumeur ulcérée, siègeant sur la grande courbure et n'oblitérant pas l'orifice pylorique. La surface végétante de cette tumeur regardait le péritoine, laissant pour ainsi dire intacte la muqueuse gastrique. De plus, le petit doigt introduit dans les anfractuosités du néoplasme, pouvait pénétrer jusque dans la cavité stomacale qui a été trouvée relativement saine; fait qui peut expliquer pourquoi la malade, n'a jamais eu ni hématémèses, ni vomissements.

OBSERVATION XIX

Rodet (*Membre et C.R. de la Société des sciences médicales de Lyon*. T. III, 1863-64, p. 198).

Le 9 mars 1863, entre à la salle Saint-Charles, service de M. Meynet, une femme, âgée de 63 ans.

Ménopause depuis 11 ans ; pas de maladie antérieure.

Pendant le courant de toute l'année 1862, la malade nous dit avoir éprouvé des douleurs au creux épigastrique. Les digestions étaient difficiles; les aliments augmentaient le malaise; souvent ils étaient vomis peu de temps après leur ingestion. Il y avait des éructations fréquentes, sans goût particulier. Les selles étaient rares, mais normales dans leur coloration. Puis, il y a huit mois, ces phénomènes augmentaient d'intensité; l'épigastre devenait plus douloureux, plus tendu; les vomissements sont, soit alimentaires, soit bilieux, plus fréquents et la malade ne tardait pas à s'apercevoir qu'il se formait en ce point une tumeur dont l'accroissement a été rapide.

Il y a deux mois, le médecin qui fut appelé, fit appliquer sur la région une emplâtre de ciguë, et peu de jours après, elle s'ouvrit par l'ombilic, donna une issue à une notable quantité de liquide d'une fétidité repoussante. A partir de ce moment, la tumeur diminuait de volume de jour en jour, la fistule s'oblitère et la maladie est restée stationnaire.

A l'entrée, la tumeur s'étend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; en haut ses limites semblent se continuer avec les parois stomacales jusque sous l'appendice xyphoïde.

Profondément, elle est adhérente à différents organes. Au pourtour de l'ombilic, on sent que la paroi abdominale n'est pas libre et qu'elle fait corps avec la surface de la tumeur. Pas de mobilité latérale. Matité partout. Rien d'anormal à la région hépatique. Les vomissements ont lieu, mais ils sont rares : bilieux ou alimentaires; ils n'auraient été noirs que pendant quelques jours, d'après les rapports de la malade. Sensations de bosselures irrégulières et dures à la surface de la tumeur.

Peau couleur jaune paille. Pouls très faible.

Le 15, elle a quelques vomissements de bile.

Le 20, on examine les selles; elles ne sont pas noires; on applique une emplâtre de ciguë sur l'épigastre.

Le 26; la tumeur s'ouvre pour la seconde fois par l'ombilic. Il s'écoule, par l'orifice de la tisane et du lait caillé. Deux jours après, oblitération de la fistule. La malade meurt le 5 janvier.

Autopsie. — On trouve un squirrhe de l'estomac, dont le début s'est fait très probalement dans le pylore. Les parois antérieures et postérieures sont envahies par le cancer dans toute leur moitié inférieure. Le lobe gauche du foie, le pancréas, ont contracté des adhérences avec elles et présentent la même dégénérescence sur plusieurs parties. En ouvrant la poche stomacale, on remarque que la paroi antérieure, près de l'orifice du pylore, est fortement ramollie, et qu'au-dessus, les parois abdominales sont venues contracter des adhérences avec elle.

En introduisant un stylet par l'ombilic, on peut voir qu'il arrive dans la cavité de l'estomac. Cette partie se sera donc ulcérée, ramollie. La paroi aura contracté des adhérences avec le péritoine de la paroi antérieure de l'abdomen; de là, l'adhérence et cette communication de l'estomac au dehors.

OBSERVATION XX

Cancer de l'estomac. Abcès juxta-stomacal communiquant avec la cavité gastrique.

Zacchiri et Lemaire, *Bulletin soc. Anat.* 1901 P. 95.

Malade âgé de 67 ans entré le 20 novembre 1900 dans le service de M. Gaillard.

On constate des signes de tuberculose pulmonaire et de néoplasme gastrique.

On sent une large plaque indurée sur la face antérieure de l'estomac et l'on observe quelques vomissements et peu de douleur.

Vers le 1er décembre surviennent des douleurs plus intenses

au creux épigastrique qui durent quelques jours. Le 15 décembre vomissements très abondants et fréquents de couleur chocolat.

Bientôt ces vomissements deviennent quotidiens, abondants bien que le malade ne prenne presque plus de nourriture.

Ils contiennent une grande quantité de grumeaux noirâtres et verdâtres, nageant dans un liquide clair, ils sont d'une odeur un peu fétide.

Le malade qui n'avait présenté aucun signe de collection sous-diaphragmatique ni de péritonite, meurt le 15 janvier.

A l'autopsie on trouve un néoplasme de la petite courbure empiétant sur la face antérieure de l'estomac.

Au-dessus et en arrière de l'estomac en pleine épiploon gastro-hépatique on trouve une poche volumineuse remplie de matières grumeleuses, noirâtres et verdâtres et d'une odeur fétide ressemblant absolument aux matières que le malade avait vomi dans les derniers jours de sa maladie.

Cette poche est limitée par une coque constituée en partie par une dégénérescence cancéreuse du péritoine au contact de l'estomac en partie par un épaississement plastique du péritoine, en partie enfin par les ganglions de la région enflammée et dégénérée.

Elle communique avec l'estomac au niveau de la partie moyenne de la petite courbure, par une fistule laissant passer la sonde cannnelée.

OBSERVATION XXI

(In thèse Brechoteau)

Le nommé L... Joseph, blanchisseur, âgé de 69 ans, entre le 31 octobre 1895 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, dans le service de M. le Professeur Proust, suppléé par M. Thoinot.

Cet homme ne présente rien de bien particulier comme anté-

cédents héréditaires; lui-même aurait eu une affection pulmonaire à l'âge de 4 ans, et depuis sa santé aurait toujours été excellente.

Il y a 4 mois, il fut pris de douleurs extrêmement violentes au niveau de l'estomac, douleurs occasionnées surtout par l'ingestion des aliments, mais persistant cependant continuellement. En même temps son appétit commençait à diminuer; mais les digestions étaient régulières et il n'y avait ni vomissement ni diarrhée.

Il y a 3 mois survint un vomissement abondant à la suite d'un étourdissement. C'est à cette époque que le malade fut obligé de quitter son travail.

Trois semaines après survint un nouveau vomissement et le malade commença à maigrir. Il consulta alors un médecin qui lui ordonna le régime lacté et la pepsine.

Après deux mois de ce traitement, comme il ne survenait aucune amélioration, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée, il présente un aspect cachectique assez prononcé avec teinte jaune paille des téguments, cependant l'amaigrissement ne paraît pas encore très considérable.

Au niveau de la région épigastrique, immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, mais se rapprochant un peu plus du rebord des fausses côtes gauches, siège une tumeur douloureuse, extrêmement dure, descendant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur s'engage sous le rebord des fausses côtes et sa matité se continue avec celle du foie. Elle fait sur l'abdomen une saillie suffisante pour être appréciable à la vue.

Rien du côté des poumons ni du cœur. Rien dans l'urine, ni diarrhée, ni constipation.

Les jours suivants la tumeur augmente rapidement de volume et devient plus saillante. Les vomissements réapparaissent le 7 novembre, ils ont lieu surtout le soir et sont très douloureux. A partir de ce moment le malade est pris aussi de diarrhée.

Le 15 novembre la tumeur fait sous la peau une saillie du volume d'une orange, elle est nettement fluctuante, douloureuse et la peau qui la recouvre est violacée et commence à prendre un aspect lisse.

Les jours suivants la tumeur prend de plus en plus l'aspect inflammatoire et la perforation semble imminente.

Le malade meurt le 18 novembre.

Autopsie. — Le 19 novembre.

En incisant la peau sur la ligne médiane, dès le premier coup de bistouri, on ouvre l'abcès et il s'écoule un pus verdâtre, bien lié ; en pressant sur le pourtour de la tumeur on en fait sortir une assez grande quantité. Au fond de cette poche purulente à sa partie supérieure, on aperçoit un orifice de la dimension d'une pièce de un franc, il y a un deuxième orifice un peu plus petit que le précédent.

Les poumons sont normaux. Le cœur légèrement gras.

L'estomac adhère intimement à la paroi abdominale, au diaphragme et au foie. Sur la petite courbure existe une masse néoplasique énorme. Des stylets introduits par les orifices signalés plus haut dans l'abcès pénètrent dans l'estomac au niveau de cette masse cancéreuse.

Sur la face supérieure du foie existait un noyau cancéreux du volume d'une amande.

II. — ABCÈS GANGRÉNEUX

1. — *Abcès hépato-gangréneux.*

L'abcès hépato-gangréneux demeure une exception parmi les accidents évolutifs du cancer de l'estomac.

Guille-Desbuttes dans sa thèse en rapporte 5 observations ; nous apportons un cas nouveau observé dans le service de M. Albert Mathieu.

Il est rare que du vivant du malade on ait fait le diagnostic, il s'agit d'ordinaire de trouvailles d'autopsie.

Symptômes. — Voyons s'il est possible de relever dans les observations certains signes permettant de soupçonner cette complication.

Il s'agit d'ordinaire d'un malade âgé, qui a présenté il y a six mois, un an, les sympômes du cancer de l'estomac à ses débuts. L'appétit va en diminuant, le malade maigrit, il vomit parfois des aliments ingérés la veille ce qui dénote un certain degré de sténose du pylore (Obs. Gilbert et Lippmann et Obs. XXII).

Quand brusquement apparaissent des douleurs dans le côté droit, une sensation de pesanteur accompagne ces douleurs qui irradient nettement vers l'épaule droite (Obs. Gilbert et Lippmann).

La palpation permet de percevoir sous une peau lisse et tendue, une tuméfaction occupant la région épigastrique et se prolongeant vers la droite. Dans l'observation Gilbert et Lippmann sur la ligne xypho-ombilicale la tumeur descend à dix centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde et se perd sous la région costale du côté droit.

A la percussion la tumeur est parfois sonore de par la présence des gaz qu'elle renferme.

Jusqu'ici tous ces signes n'ont rien de caractéristique et on peut les observer dans les cas de cancer avec abcès sous-hépatique.

Ce qui semble plus particulier à l'abcès hépato-gangreneux c'est l'atteinte profonde et rapide de l'état général. Le malade reste étendu, inerte, plongé dans une sorte de coma, de torpeur profonde.

Et alors que dans les abcès périgastriques on note de l'hyperthermie, la température oscillant entre 38 et° 39° dans l'abcès hépato-gangreneux au contraire, on note de l'hypothermie. Dans l'obs. Gilbert et Lippmann la température du malade qui a l'entrée était de 37°8 tombe les jours suivants à 36°4, 36°3, 36°2.

Cet abaissement de température semble être un symptôme précieux d'une atteinte très grave du foie (Thèse Guille Desbuttes).

L'évolution de l'affection est très rapide. Le malade s'affaiblit, se cachectise de plus en plus et succombe en quelques jours.

OBSERVATION XXII (inédite).

R..., Ludovic, 34 ans.

Entré le 4 février 1911, salle Chomel, lit n° 16.

En septembre 1909, étant à son travail, le malade est pris subitement d'un étourdissement.

Il s'assied, et immédiatement vomit un flot de sang rouge, un litre environ. Rentré chez lui nouveau vomissement, 3 heures après le premier, à peu près un litre de sang mêlé de caillots.

Avant cet accident, le malade n'avait jamais beaucoup souffert de l'estomac; il se plaignait seulement de douleurs légères, sous forme de brûlures. sans horaire fixe, durant environ une demi-heure à 3/4 d'heure.

Toutefois, ces douleurs n'avaient pas particulièrement attiré son attention et le jour où se produisit l'accident, le malade n'avait pas souffert.

Au bout de 10 jours, après application de glace, repos au lit, le malade se trouve mieux, il reprend son alimentation habituelle.

Mais deux mois après, il se sent de nouveau fatigué, manque d'appétit, et en février 1910, nouveau vomissement de sang, d'abord noir, puis rouge, précédé par une vive douleur apparue subitement, et calmée par le vomissement. Le malade se met au lit, reste au régime lacté; l'état gastrique s'améliore rapidement. A ce moment, apparaissent des douleurs rhumatismales dans les articulations, sans enflure, ni fièvre. Et même temps se développe une adénite cervicale et sous-maxillaire.

Jusqu'en août 1910, le malade ne souffre plus de l'estomac, les douleurs rhumatismales disparaissent. Le malade reprend son travail.

A la fin de septembre, la douleur gastrique réapparait, à horaire très variable.

Vomissements le matin au réveil d'aliments de la veille. Pas d'hématémèses.

Au bout de 15 jours, les vomissements diminuent, le malade va mieux et peut s'alimenter.

Le 26 janvier. — Les vomissements réapparaissent.

Entré le 4 février à l'hôpital.

Amaigrissement considérable.

Pas de dégoût électif.

Pas de clapotage le matin à jeun.

5 février. — Vomissements.

15 février. — On constate au niveau du creux épigastrique, une induration gastrique nette, qui est le siège de douleurs à la palpation.

18 février. — La dénutrition s'accentue.

Vomissements.

Lavements alimentaires, sérum.

24 février 1911. — Mort.

Autopsie le 27 février 1911. Après incision de la paroi, la palpation des organes en place permet de constater, au niveau de l'estomac, un bloc néoplasique formé par l'estomac et le lobe gauche du foie.

Poumon droit normal.

Poumon gauche adhérent, très augmenté de volume, congestionné en masse, aspect rouge violacé. Pas de granulations tuberculeuses, ni de noyaux néoplasiques.

Cœur : normal.

Rate : Nodosités très dures, adhérentes au hile.

Foie et estomac : La masse néoplasique comprend la face antérieure de l'estomac, le bord droit et la partie moyenne de la face inférieure du lobe gauche du foie ; elle s'étend profondément en arrière et jusqu'au hile de la rate. On constate le long de la petite et de la grande courbure une chaîne de ganglions très durs ; chaîne de ganglions également gros et

durs le long de la face antérieure de la colonne vertébrale.

Le foie n'est pas augmenté de volume. Il présente sur sa face convexe des noyaux néoplasiques de la grosseur d'un pois. Le bord inférieur est souple et un peu bosselé.

L'adhérence est intime entre le foie et l'estomac, il est impossible de les séparer avec la main.

On est obligé de séparer artificiellement ces deux organes au scalpel. On incise alors un tissu très dur, blanchâtre qui crie sous le scalpel. On arrive à rompre les adhérences, ainsi que celles qui unissaient la face inférieure de l'estomac au colon transverse.

Après isolement des organes, on constate qu'il existe, entre le foie et l'estomac, limitée par adhérences et du tissu néoplasique, une masse puriforme, d'odeur gangrèneuse, qui communique, d'une part avec la cavité gastrique, d'autre part s'enfonce profondément dans le lobe gauche du foie.

Cette collection puriforme s'effondre facilement sous le doigt, et donne issue à un litre environ de liquide noirâtre, très fétide.

Estomac. — Il est de dimensions légèrement réduites et presque totalement envahi par le néoplasme. Le maximum des lésions siège sur la petite courbure, dans la moitié juxta-cardiaque; plus exactement, le néoplasme s'étend du cardia au pylore, en affectant deux aspects distincts : sur la moitié supérieure, il est végétant, il infiltre, au contraire, la région pylorique.

Néoplasme végétant. — La moitié juxta-cardiaque de la petite courbure, forme un plateau épais de un centimètre environ, renforcé par un énorme amas ganglionnaire épiploïque. Sur ce plateau, s'élève un chou-fleur végétant, du volume d'une mandarine, noir, sphacélé en partie, autour duquel moutonnent en décroissant, des végétations plus petites, qui plus rares sur les faces, s'arrêtent à 1 ou 4 centimètres de la grande courbure. La muqueuse saine est extrêmement mince, plus mince que celle de l'estomac normal;

elle est rouge et présente 5 ou 6 petites saillies ombiliquées, comme des godets de favus, blancs, qui seraient disposés sur la muqueuse. Ce sont des noyaux cancéreux à distance.

Sur la face externe de tout l'estomac, lymphangite cancéreuse nodulaire (grains de mil d'un blanc éclatant).

L'œsophage est envahi par contiguité, en nappe infiltrante sur une hauteur de 1 à 3 centimètres selon les points.

Cet envahissement paraît être sous-muqueux.

Néoplasme infiltrant. — La région pylorique est complètement infiltrée; ses parois ont de 4 à 5 centimètres d'épaisseur.

Epaississement lardacé, blanc, extrêmement dur. Sténose pylorique absolue.

A la face antérieure de l'estomac, près de la petite courbure et sous le foie, perforation de deux centimètres de diamètre, à bords déchiquetés, rouges, irréguliers, par destruction du néoplasme, cette perforation conduisait dans la poche sous-hépatique.

OBSERVATION XXIII

(In thèse Guille Desbuttes)

(Recueillie dans le service du professeur Gilbert par M. Lippmann, interne du service).

M... âgé de 61 ans, marchand de cartons, entre le 27 novembre 1902. Salle Lasègue, lit n° 6.

Antécédents héréditaires. — L'état de cachexie déjà fort prononcé du malade rend l'interrogatoire difficile, aussi ne peut-il donner que quelques renseignements qu'il faut lui arracher à grand peine.

Le père et la mère morts tous deux, le premier à l'âge de 65 ans, la seconde à 58 ans, de maladies inconnues, présentaient, paraît-il, un teint mat, jaune assez prononcé.

De plusieurs frères et sœurs qu'avait le malade, une seule est encore en relation avec lui, de teint mat, elle n'a jamais été malade.

Antécédents personnels. — Pendant son enfance, M... a présenté diverses affections et indispositions telles que coqueluche, rougeole, diarrhée.

Depuis, jamais sa santé ne se trouva altérée, lorsque le 15 juin, il y a six mois par conséquent, apparurent quelques troubles gastriques, consistant en pesanteur d'estomac après les repas, brûlures, ballonnements épigastriques. L'ingestion de quelques aliments calmait rapidement ces légères souffrances.

Le mois suivant, les accidents diminuent d'intensité, mais le 20 juillet surviennent des vomissements. Le malade qui jouissait encore d'un bon appétit ne peut plus tolérer une alimentation copieuse; son estomac se ballonne et il vomit. Parfois dans les matières rendues, l'on retrouve les débris reconnaissables d'aliments ingérés deux jours auparavant..

En août, l'intolérance gastrique devient complète, les vomissements sont presque continus. A cette époque, le malade remarque qu'il maigrit, et cet amaigrissement va s'accentuant de plus en plus. L'appétit se maintient encore cependant et il absorbe encore quelques aliments demi-solides.

Vers le 30 octobre, l'appétit disparait, mais en même temps se montrent brusquement des douleurs dans le côté droit (région hépatique) .Une sensation de pesanteur accompagne ces douleurs qui s'irradient nettement vers l'épaule droite. Le malade constate à ce moment que son teint est plus foncé. Il n'a fait examiner ni ses urines, ni ses matières.

Jusqu'au 22 novembre, le malade poursuit une existence difficile et misérable. L'abdomen est le siège d'un ballonnement intense; la région hépatique est très douloureuse et le maximum de cette douleur siège au point épigastrique.

Du 22 au 27 novembre, pendant 5 à 6 jours, apparaît un peu de gêne respiratoire surtout marquée au côté gauche.

Le 25, deux jours avant son entrée à l'hôpital, s'établit une diarrhée noire et fétide.

Enfin le 27 novembre pouvant encore à peine se traîner, il entre à l'hôpital Broussais dans le service du professeur Gilbert.

Examen clinique. — C'est un homme de grande taille : très cachectisé déjà, d'une maigreur considérable surtout marquée au thorax et aux membres supérieurs et inférieurs. Ces derniers cependant offrent un œdème qui tend à en masquer l'état squelettique, le godet est caractérisque. Les membres supérieurs également présentent aux mains et d'une façon intermittente une augmentation de volume due à un œdème essentiellement capricieux. Le malade nous raconte qu'il a eu souvent de ces œdèmes bizarres. Son teint est brun et terreux. Les parties les plus exposées à la lumière sont les plus colorées. La ceinture est très pigmentée; le reste du corps est légèrement ictérique.

La main présente entre le deuxième et le troisième métacarpien, sur la face externe des plaques de purpura sénile.

Aux deux fesses, existent des escharres de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Appareil digestif. — La langue est saburrale et sèche. Les dents sont usées et déchaussées. Actuellement on note un peu de gingivite.

L'examen du creux épigastrique montre une élévation notable allant de l'angle chondro-costal droit à trois travers de doigt au-delà de la ligne xypho-ombilicale. L'apophyse xyphoïde est elle-même déjetée en avant.

La palpation permet à peine de percevoir, sous une peau lisse et tendue, une tuméfaction de consistance dure commençant à trois travers de doigt au-dessus de la neuvième côte gauche (sur la ligne mamelonnaire). Sur la ligne xypho-ombilicale cette tumeur descend à 10 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde; elle atteint 14 centimètres sur la ligne mamelonnaire droite; elle se perd sous la portion cos-

tale du côté droit. Elle transmet les mouvements respiratoires et les ondulations de l'aorte. La palpation d'ailleurs est douloureuse et provoque des gémissements de la part du malade.

La percussion dénote de la sonorité dans le tiers gauche de cette tuméfaction. Sa limite supérieure semble être la huitième côte. L'extrême météorisme de l'abdomen rend impossible tout examen.

La rate n'est pas perçue.

Le malade a une diarrhée continuelle, ses selles sont noires (mœlena).

Appareil circulatoire. — Les bruits du cœur paraissent affaiblis et comme lointains. Le pouls presque imperceptible donne 96 pulsations à la minute.

L'on ne découvre aucune veine phlébitique. L'auscultation du cœur est normale.

Le sérum du sang décanté et examiné est de couleur verdâtre et donne par adjonction d'acide nitrique l'anneau bleu caractéristique de la présence de la bile (1).

Appareil respiratoire. — Les mouvements respiratoires sont très peu accentués et presque nuls en profondeur. On note 10 mouvements à la minute. La percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal.

Système nerveux. — Douleurs de sciatique dans le membre inférieur droit.

Appareil génito-urinaire. — Le malade perd ses urines. Celles-ci sont rares et hautes en couleur. Elles contiennent de l'albumine, des traces de sucre, on n'y trouve ni indican, ni urobiline. Elle donnent une légère réaction de Gmelin.

Etat général. — L'état général précaire du malade est la note dominante du tableau clinique. Il reste étendu, inerte, les yeux clos, indifférent à ce qui se passe autour de lui.

(1) Sur la réaction de Gmelin dans les milieux albumineux par MM. Gilbert, Herscher et Posternack, *Soc. Biol.*, 2 mai et 9 mai 1903.

C'est à peine si par des incitations violentes et répétées l'on arrive à le faire sortir quelques secondes de cette torpeur profonde dans laquelle il retombe aussitôt.

La cachexie s'exagère dès lors de plus en plus.

La température de 36° 8 le jour de l'entrée, s'est constamment maintenue entre 36° et 37°5.

La mort survient le 6 décembre.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on se trouve en présence d'une masse considérable constituée par un foie énorme et hypertrophié surtout au niveau de son lobe gauche, Ce dernier est fortement proéminent, et détail caractéristique qui aussitôt attire l'attention, la pression exercée par la main provoque aussitôt un retrait, une dépression de la part de ce lobe, tandis qu'au contraire se produit une distension brusque de l'estomac, lequel est dévié et refoulé vers la gauche (l'œsophage a été ligaturé à 5 centimètres du cardia). Les deux organes d'ailleurs sont unis intimement par de fortes adhérences, principalement au niveau de la région du pylore et de la petite courbure. Ces adhérences, renforcées encore par des feuillets épiploïques, englobent en plus le côlon transverse sur une certaine longueur, le duodénum, une anse jéjunale et le pancréas.

Enfin le foie est accolé au diaphragme par sa face supérieure.

La dissection de cet immense bloc est singulièrement difficile et l'on est obligé d'enlever le foie et l'estomac sans les désunir au prix de multiples sections.

L'entérotome introduit par l'œsophage, sectionne l'estomac le long de sa grande courbure, et l'on pénètre ainsi dans une large cavité remplie de débris sphacélés, de détritus de toutes sortes à odeur repoussante et gangréneuse, cavité creusée en plein parenchyme hépatique aux dépens du lobe gauche de l'organe.

Ce dernier, ainsi transformé en caverne, communique donc directement avec la poche stomacale grâce à une large

ouverture pratiquée au niveau de la paroi antérieure du canal pylorique laquelle à proprement parler n'existe plus. Les aliments allaient donc de l'estomac dans le foie, le contenu gastrique se déversant à plein canal dans cette poche hépatique et vice-versa.

C'était donc bien le foie que la palpation percevait sous forme d'une tumeur volumineuse du vivant du malade, et c'était cette portion du lobe gangrenée et remplie de gaz qui donnait cette sonorité si remarquable à gauche de la ligne xypho-ombilicale. Dès lors s'explique le phénomène curieux constaté à l'ouverture du corps, la dépression hépatique et la distension gastrique consécutive.

Le lobe droit du foie n'est pas atteint par le processus gangréneux, mais il est le siège de noyaux néoplasiques secondaires de volume variable.

Poumons. — Au poumon droit, on trouve des adhérences entre le lobe inférieur et le diaphragme. L'on note de la congestion passive du lobe inférieur et du lobe moyen. Le lobe supérieur est le siège de lésions d'anthracose et d'emphysème. Au poumon gauche, le lobe inférieur est congestionné (congestion passive).

Plèvres. — Dans la cavité pleurale on trouve un peu d'épanchement séreux.

Cœur. — Léger épanchement péricardique. Les orifices sont sains.

Aorte. — Elle est un peu athéromateuse. Plusieurs plaques gélatineuses existent à la crosse; une de ces plaques se trouve au tiers inférieur de la portion ascendante.

La rate. — Pèse 200 grammes, elle est dure et large.

Les reins. — Paraissent normaux. Le rein gauche pèse 220 grammes, le rein droit 190 grammes.

OBSERVATION XXIV (in thèse Guille-Desbuttes.

Carcinome du pylore et de la portion du duodénum avoisinante; perforation; digestion d'une portion du lobe gauche du foie, péritonite purulente. (LÉPINE. *Société anatomique, Paris*, octobre 1873, page 666).

X..., âgée de 53 ans, est admise le 10 octobre, dans le service du professeur Sée, supplée par M. le Dr Lécorché.

Antécédents personnels. — Quelques rhumes; inappétences, dégoût des aliments, vomissements spontanés. A quelques accès de fièvre depuis quelques jours. Amaigrissement notable. Actuellement, la malade a un embonpoint médiocre, une coloration jaune et un peu terreuse de la peau, surtout marquée au visage. Pas de coloration ictérique des conjonctives.

La malade se plaint beaucoup du ventre. Par moments elle y applique les mains en accusant la plus vive douleur

L'abdomen est un peu ballonné; la sonorité y est normale; la palpation n'y révèle aucune tumeur.

Le foie n'est pas augmenté de volume.

La malade est constipée depuis deux jours.

Il y a un œdème très marqué des membres inférieurs.

L'urine présente un nuage albumineux très faible.

L'auscultation du cœur et des poumons n'y accuse aucune lésion.

Pendant l'examen, la malade a des frissons peu intenses d'ailleurs.

Elle meurt le lendemain de son entrée.

Autopsie. — La graisse sous-cutanée de l'abdomen présente une épaisseur de deux centimètres. Le péritoine renferme un litre environ de sérosité purulente. Le péritoine pariétal et viscéral est tapissé de fausses membranes; quelques anses intestinales sont soudées entre elles.

Le grand épiploon est ratatiné et très dur. L'estomac con-

tient des matières acides; ses dimensions sont normales; la muqueuse est saine en apparence, sauf au niveau du pylore où l'on remarque une infiltration des parois en forme d'anneau incomplet; pas d'ulcération de la muqueuse à ce niveau, mais dans le duodénum, où le tissu morbide se propage sur une longueur de plusieurs centimètres il existe à 4 centimètres du pylore, une perforation complète de la paroi permettant le passage de l'index et faisant communiquer la cavité de ce viscère avec un foyer rempli de matières putrilagineuses grisâtres, sans odeur gangréneuse, du volume d'un gros œuf de dinde et creusé au dépens du lobe gauche du foie. La matière en détritus n'est autre que le tissu hépatique, à demi digéré. Une zone verdâtre (altération cadavérique) circonscrit le foyer. L'on ne remarque pas de zone de réaction inflammatoire à la limite de la portion digérée et de la portion saine.

L'organe hépatique est de volume normal. La vésicule biliaire est assez grosse et renferme une bile jaune claire. Le tissu hépatique est sain. Les gros vaisseaux de l'organe, la veine cave sont normaux.

La rate offre une consistance molle. Les reins un peu anémiés, sont enveloppés d'une capsule adipeuse épaisse.

Le péricarde renferme quelques gouttes de sérosité. Le cœur est chargé de graisse, dans la cavité droite se trouvent quelques caillots.

Le ventricule gauche est vide, les orifices sont sains.

Les poumons sont emphysémateux; à droite, on trouve quelques adhérences pleurales; à gauche, la cavité pleurale renferme 200 grammes de sérosité,

OBSERVATION XXV.

REBOUL. *Épithélioma cylindrique de la petite courbure de l'estomac, vaste ulcération à fond gangréneux* (*Bull. soc. anat. Paris*, 1887. LXII 41-43).

R... Louis, âgé de 76 ans, entre le 19 décembre 1886 à la salle Bernard, lit n° 26, de l'hospice d'Ivry, service du Dr Gombault.

Depuis quelque temps, le malade se plaint d'insomnie, de cauchemars, les digestions étaient lentes, laborieuses, quelquefois douloureuses. Pituites fréquentes le matin, jamais d'hématémèses.

A son entrée, le facies est cachectique, la langue est sèche, le ventre sensible à la région épigastrique. En palpant profondément, on sent un empâtement mal limité.

Le foie paraît augmenté de volume.

Rien au cœur.

Les deux poumons sont congestionnés à leur base. Aux membres inférieurs on découvre des varices.

Le 22 décembre. — Hématémèse abondante, de sang rouge, caillé.

La température s'abaisse.

Le 24. — Nouvelle hématémèse très abondante.

Le 15 janvier. — L'état cachectique s'aggrave de plus en plus, l'amaigrissement est considérable.

Le malade ne se nourrit plus que de lait et de bouillon, pour lesquels il a peu d'appétit.

Muguet buccal.

Le 20 janvier. — Le malade meurt.

Autopsie. — Le cœur est gros; le ventricule gauche est hypertrophié.

Les poumons sont congestionnés aux deux bases.

Il y a des adhérences pleurales à droite.

Les anses intestinales sont adhérentes au grand épiploon.

Dans l'épaisseur de ce dernier et du mésentère se trouvent de nombreux nodules carcinomateux; les parois intestinales présentent des nodules cancéreux blanc-grisâtre, parois très vasculaires, de volume fort variable, les plus gros atteignant le volume d'une noisette.

Hernie inguinale droite; au niveau de cette hernie, l'épiploon est uni à la partie interne de l'orifice inguinal interne par un nodule cancéreux; cependant l'anse herniaire peut être facilement réduite dans l'abdomen. Seul l'épiploon reste fixe.

L'estomac est masqué par des adhérences entre le grand épiploon et le foie; ces adhérences déchirées, la surface de l'estomac paraît irrégulière; elle est recouverte de tumeurs carcinomateuses en grand nombre dans la région de la petite courbure, laquelle est adhérente au foie par sa partie antérieure. L'incision de l'estomac, suivant la grande courbure, fait découvrir une large ulcération occupant la petite courbure, dont le fond est manifestement constitué par le tissu hépatique (lobe gauche). De ce fond s'élèvent des faisceaux de filaments noirâtres à odeur manifestement gangréneuse.

Tout autour de l'ulcération, et jusque dans la région de la grande courbure, se trouvent de nombreux nodules cancéreux, faisant notablement saillie à la surface interne de l'estomac.

Le petit épiploon présente de nombreux ganglions infiltrés. Enfin, dans le foie, se trouvent de nombreuses masses cancéreuses; celles de la surface sont ombiliquées.

L'examen histologique des nodules cancéreux de la surface interne de l'estomac, fait par le Dr Gombault, a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

OBSERVATION XXVI

(In thèse, Hérard de Bessé).

Plet, journalier, 59 ans, entre à l'hôpital le 6 février 1884. A 21 ans il a eu la fièvre typhoïde; pas d'autres antécédents précis.

Depuis 6 mois, il perd son appétit et ses forces, il devient jaunâtre, mais continue cependant à travailler. Le 16 janvier, douleur assez vive à l'épigastre. D'abord continue et sans élancements, elle ne tarde pas, en augmentant, à devenir lancinante. Le malade, abattu, a un peu de fièvre le soir. Anorexie.

Au commencement de février, la peau de l'épigastre devient rouge et chaude, la région se tuméfie et pour la première fois le malade ressent des douleurs vives. Pas d'hématémèses ni de vomissements antérieurs.

Entre le 6 février

7 février. — Teint jaune paille caractéristique, émaciation considérable; tuméfaction épigastrique très nette assez volumineuse avec peau chaude, rouge, violacée. Douleurs spontanées, irradiées, exagérées par la pression, fluctuation. Poumon, peu de chose. Cœur volumineux, la pointe bat dans le sixième espace, souffle diastolique doux à l'orifice aortique.

A l'incision de l'abcès épigastrique, il s'écoule une grande quantité de pus, liquide, gris sale, fétide, mêlé de sang et de débris sphacélés. Lavage et pansement de la cavité.

9 février. — Etat général assez satisfaisant. L'appétit revient, température normale.

19 février. — Etat de la plaie satisfaisant. Appétit diminué Céphalalgie légère.

20 février. — Céphalalgie plus accusée; 39° le matin; le soir 40°.

21 février. — Coma; un peu de délire dans la nuit précédente, face pâle, immobile, sans déviation; paralysie limitée des membres; respiration stertoreuse ; 40°5. Pouls rapide et fort; pas de contracture, mais une certaine raideur des muscles de la nuque et des jambes. La sensibilité est conservée. Le soir, 41°2.

22 février. — Coma, raideur plus accusée, la plaie a toujours bon aspect, le malade meurt dans la soirée.

Autopsie. — On trouve un foyer de suppuration en arrière de la paroi abdominable limité en arrière par un plastron adhérent au foie et à l'estomac; à la périphérie, adhérences lâches limitant le foyer latéralement.

Près du pylore, tumeur cancéreuse avec vaste cavité anfractueuse au centre. De la tumeur, partent des cordons durs, représentant vraisemblablement des lymphatiques très distendus.

L'abcès de la paroi abdominale communiquait avec une cavité du foie, remplie de pus. Dans le foie on trouve plusieurs noyaux cancéreux, ramollis à leur centre.

L'aorte est très dilatée, les valvules sigmoïdes sont insuffisantes et leur partie postérieure présente quelques végétations en forme de chou-fleur pédiculées et formées d'une série de granulations de la grosseur d'un grain de millet.

La dure-mère et la pie-mère sont épaissies. La pie-mère est séparée de l'arachnoïde d'une part, de la substance grise d'autre part, par une épaisse nappe purulente, localisée à la convexité cérébrale, collectée au contraire à la base du cervelet. A la coupe, pas d'altération du cerveau,

On peut rapprocher ce cas de celui de M. Doyen (1) qui présente un cancer végétant de l'estomac, près du pylore, avec abcès du foie et fusée consécutive vers la peau, ombilic, végétations sur une des valvules sigmoïdes de l'aorte qui sont peut-être de nature cancéreuse, et méningite suppurée.

(1) Doyen, *Société anatomique* 1884, p. 181.

2. — *Abcès spléno-gangreneux.*

C'est par analogie avec les abcès hépato-gangréneux décrits par Gilbert et Lippmann, que nous avons donné ce nom à cette complication du cancer de l'estomac.

En effet, de même que l'abcès hépato-gangréneux n'est que l'extension au foie, du processus gangréneux ayant envahi une tumeur cancéreuse du pylore, perforé l'estomac à ce niveau et creusé une cavité dans le lobe gauche du foie; de même l'abcès spléno-gangréneux n'est que la propagation à la rate, du processus gangreneux ayant envahi une tumeur cancéreuse de la grosse tubérosité et creusé une cavité aux dépens de la face correspondante de la rate.

Ils paraissent au moins aussi rares que les abcès hépato-gangréneux. Nous en avons relevé deux observations dans le service du Dr A. Mathieu. Nous citons une 3e observation publiée en 1890 par le Dr Le Noir dans le *Bulletin de la Société anatomique*, sous le titre : Perforation de l'estomac, gangrène de la rate, abcès péri-splénique, perforation du diaphragme, gangrène pulmonaire.

Symptômes et diagnostic. — L'étude des symptômes permet-elle de soupçonner l'existence d'un abcès spléno-gangréneux?

A cet égard l'analyse de l'observation l'H.... (*Obs. XXVII*) est des plus intéressantes.

Il s'agit d'une malade âgée de 33 ans, entrée le 29 mai 1910 dans le service du Dr Mathieu.

La mère de la malade est morte d'un cancer à 58 ans après six mois de maladie.

La malade souffre de l'estomac depuis l'âge de 20 ans, c'était seulement des pesanteurs, des sensations de ballonnement après les repas, qui ne l'empêchaient pas de travailler.

Il y a sept ans, la malade vomit environ un verre de sang noir. Dans les jours qui suivent cette hématémèse ses selles sont couleur de goudron.

Elle accuse en même temps des douleurs en ceinture avec paroxysme.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu. On fait le diagnostic d'ulcère de l'estomac. La malade s'améliore sous l'influence du régime.

Il y a deux ans, la malade vomit de nouveau deux verres de sang noir.

Les douleurs ont les mêmes caractères. Elle entre dans le service au professeur Dieulafoy où elle reste six mois.

On constate que la rate est grosse et l'on fait des examens de sang.

La malade entre le 29 mai 1910 dans le service de M. Mathieu, parce que trois jours auparavant elle a eu des selles noires.

M. Mathieu l'examine. Il ne constate pas de dégoût électif, pas d'amaigrissement.

Le foie mesure en hauteur dix à onze centimètres sur la ligne mamelonnaire.

La rate est grosse. Son bord tranchant affleure l'ombilic. On la perçoit à la percussion sur une hauteur de vingt centimètres.

Les ganglions sont normaux.

Un examen de sang est fait par le docteur Moutier. La formule révèle une anémie assez intense avec leucocytose légère, mais n'autorise aucune déduction utile au diagnostic.

Globules rouges..........	3.000.000	
Globules blancs..........	15.000	
Hémoglobine	3.50	0/0
Valeur globulaire........	0.40	
Polynucléaires..........	78.25	
Grands mononucléaires...	16.	
Moyens mononucléaires ..	4.	
Lymphocytes	0	
Éosinophiles.............	1.50	
Mastzellen...............	0.25	

Étant donnée la longue durée des accidents dont le début remonte à sept ans, l'état général relativement bon de la malade, on laisse de côté le diagnostic de cancer de l'estomac.

L'hypertrophie considérable de la rate fait penser soit à une maladie de Banti, soit à tout autre affection primitive de la rate qui nécessite un traitement par la radiothérapie.

La malade est passée dans le service de radiothérapie de M. Béclère.

Le 21 juin elle est examinée par M. Rist qui constate les symptômes relatés plus haut.

Le 24 juin elle vomit de nouveau un à deux verres de sang.

A ce moment la température oscille entre 37° 8 et 38° 2.

On fait un nouvel examen de sang.

Globules rouges	1.385.000
Leucocytes	20.000
Polynucléaires neutrophiles	85.25
Polynucléaires éosinophiles	0.75
Moyens mononucléaires	5.50
Grands monucléaires	0.75
Lymphocytes	3.25
Formes de transition	0.25
Mycélocytes neutrophiles	0.25
Normoblastes	2 pour 400 leucocytes

En somme l'état d'anémie grave s'accentue et prend le type dit pernicieux.

Le sang accuse une formule à la fois anormale par la présence des normoblastes et normale par le mode réactionnel. En effet la réaction myéloïde est de règle dans les états anémiques graves à réaction normoblastiques, mais comme dans le cas présent, les myélocytes à granulations neutrophiles sont toujours en proportion faible 0,20 p. 100 à 0,50 p. 100.

Malgré l'hypertrophie considérable de la rate il ne s'agit donc pas de leucémie myélogène.

La maladie de Banti est une affection très rare elle s'accompagne de lésions du foie et d'ascite.

Il faut donc éliminer toute affection primitive de la rate.

Pouvait-on penser à un cancer de la grosse tubérosité ayant déterminé une perforation de l'estomac et envahi progressivement la rate ?

Nous avions en faveur de ce diagnostic, les hématémèses successives de la dernière période, l'état de la température qui oscillait entre 37° 8 et 38° 2 et pouvait faire soupçonner l'existence d'une collection purulente, enfin l'hypertrophie de la rate qui coïncidant avec une formule sanguine d'anémie banale ne permettait pas de penser à une affection primitive de cet organe.

L'évolution de l'affection vint d'ailleurs dans les derniers jours de la maladie confirmer le diagnostic de cancer de l'estomac.

La malade s'affaiblissait, ne s'alimentait que difficilement.

Le 14 juillet apparaît à la base du cou, dans la région sus-claviculaire gauche, le ganglion dur, adhérent aux parties profondes signalé par Troisier. On n'en constate pas à droite.

L'état général s'altère de plus en plus et la malade meurt le 21 juillet.

Le nombre des observations est certainement insuffisant pour permettre de donner une symptomatologie complète, cependant l'observation citée plus haut présentait certaines particularités intéressantes qu'il était bon de mettre en lumière.

L'évolution est fatale, l'abcès laissé à lui-même peut se compliquer de gangrène pulmonaire avec perforation du diaphragme. (Le Noir, *Soc. Anat.*, mai 1890).

OBSERVATION XXVIII (inédite)

L'H... Clémence, âgée de 33 ans, entrée le 29 mai 1910 salle Barth.

Antécédents héréditaires. — Père en bonne santé ; mère paraissait en bonne santé ; morte à 58 ans après 6 mois de maladie. Amaigrissement, teint jaune, diagnostic du médecin : Cancer.

Cinq frères et sœurs, tous bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de souvenirs de maladie dans l'enfance.

Réglée à 13 ans, régulièrement, règles douloureuses,

Mariée à 19 ans (mari bien portant)

Bronchite chronique légère depuis trois ans; pas de spécificité.

Vers 20 ans, début d'une affection gastrique, sensation de brûlure 1/4 d'heure environ après les repas, durant environ 1/2 heure ; pas d'irradiations. Pas de nausées, pas de vomissements. Constipation, appétit conservé.

Rien à jeun et dans la matinée.

Pas de renseignements sur les selles.

Pas de traitement.

A 23 ans, enfant à terme bien portant, accouchement normal.

Il y a 7 ans, hématémèse : vomissement de un verre de sang noir ; selles noires, non diarrhéiques. Entre à l'Hôtel-Dieu ou l'on fait le diagnostic d'*ulcère.* On constate que la rate est grosse et l'on fait plusieurs examens de sang.

Douleurs intermittentes avec paroxysmes dans les hypochondres et région costale inférieure droite.

Aux brûlures d'estomac, s'ajoutent des douleurs enserrant la taille : sensation de stricture douloureuse. Amélioration sous l'influence du régime.

Depuis cette époque, mœlena environ tous les ans. Une selle noire, molle, marc de café. Syncopes parfois.

Pas de changement dans les caractères de la douleur.

Le mœlena ne coïncide pas avec les crises douloureuses.

Il y a deux ans, hématémèse abondante ; un seul vomissement de sang noir (deux verres).

Entre alors dans le service de M. Dieulafoy, où elle reste six mois.

Anémie, faiblesse très grande.

Rate grosse ; nouveaux examens de sang.

Depuis janvier 1910, deux mœlenas.

Janvier : Mœlena, selles noires, molles, non franchement diarrhéiques, pendant deux à trois jours.

26 mai 1910 : Selles noires, même caractère.

Pas de dégoût électif, pas d'amaigrissement.

31 mai 1910. — Examen du sang :

Hématies	3.000 000
Leucocytes..................	15.000
Hémoglobine	3 g. 50 0/0
Valeur globulaire............	0.40
Polynucléaires	78,25
Grands mono................	16
Moyens mono................	4
Lympho......................	0
Eosinophiles	1.50
Mastzellen	0.25

Traitement : lavage d'intestin.

2 juin. — Examen de M. Mathieu.

Foie, 10 à 11 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

La rate mesure 20 centimètres sur la ligne verticale. On la sent jusqu'à l'ombilic.

Une selle après le lavage : eau de lavage marron. Selle en partie noire, en partie décolorée.

3 juin. — Selles marron.

4 juin. — Liquide de lavage presque noir.

7 juin. — Liquide de lavage marron peu foncé.

Sérum 250 grammes.

9 juin. — Weber positif.

17 juin. — Weber négatif.

21 juin. — Passage à Grisolles.

Examen de M. Rist. — 22 juin 1910.

Cœur : pas de bruit de diable, petit silence trés bref, souffle systolique, plus fort à l'orifice aortique que pulmonaire, bruit de galop.

22 juin : pouls à 135.

Tension artérielle : 13 (avant injection de sérum).

Injection de 500 centimètres cubes de sérum adrénalisé (0,001 d'adrénaline pour 1000)

Tension artérielle : 16 (après l'injection) et pouls à 135.

24 juin. — La malade a eu la veille une hématémèse (un à deux verres). Injection de 500 centimètres cubes de sérum adrénalisé.

Prise de sang pour examen (Mlle Chabert et Pierquin).

Hématies	1.880.000
Leucocytes...........	33.600

25 juin. — Pas d'hématémèse.

26 juin. — Pas d'hématémèse, la malade souffre dans la base droite du thorax (face antérieure), on applique un sachet de glace sur la région.

27 juin. — Pas d'hématémèse, glace, pouls à 134.

28 et 29 juin. — Pas d'hématémèse, on continue la glace sur le côté.

Depuis son entrée, on alimente la malade par des lavements nutritifs et Kéfir par voie naturelle.

29 juin. — Examen du sang. M. Détré (compte-rendu donné le 29, examen fait le 22 juin) :

Hématies	1.385.000
Leucocytes	20.000

Pourcentage :	Poly neutrophiles	89.25
	Poly	0.75
	Moyens mono	5.50
	Grands mono	0.75
	Lympho	3.25
	Transition	0.25
	Myélocytes neutrophiles	0.25
	Normoblastes : 2 pour 400 leucocytes.	

14 juillet. — Diarrhée persistante et ne cédant pas à 8 grammes de sous-nitrate de Bismuth et à 3 centigrammes d'Extrait thébaïque.

Il est apparu le ganglion de Troisier à la base de la région sus-claviculaire gauche, dur, gros, adhérent aux parties profondes, bosselé. Il n'y en a pas à droite.

L'état général s'altère de plus en plus. La malade a une dyspnée persistante et une toux fréquente. Elle ne crache pas. Pas d'hématémèse.

19 juillet. — La diarrhée a diminué.

L'état général est toujours mauvais.

Décès le 21 juillet.

Autopsie du vendredi 22 juillet 1910. — Cancer de l'estomac, grosse tubérosité. Formation de géode cancéreux entre la rate, le colon transverse et la grande courbure. Splénomégalie.

La malade s'était progressivement cachectisée; on avait cliniquement et avec les R. X. porté le diagnostic de splénomégalie. Quelques-uns avaient parlé de maladie de Banti, mais rien n'était moins certain. D'ailleurs, dans les quelques semaines qui précédèrent la mort, on se demanda si quelque néoplasme ne se développait point. Il était en effet apparu un ganglion sus-claviculaire et des hématémèses étaient survenues.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée sans diagnostic préalable en somme. Incisé, l'abdomen laisse couler environ deux itres de liquide citrin.

Foie : 1 k. 800

Rate : 500 gr.

Rein droit : 150, rein gauche 120.

Poumons (2) : 1.200 gr.

Capsules : 10 gr.

Pancréas : 100 gr.

Les reins ne présentent qu'un peu de congestion des pyramides.

Le Pancréas, Capsules surrénales, Cœur : normaux. Poumons : congestion de la base gauche.

Intestin. Duodemun : rien à signaler.

Pas de ganglions, ni dans le médiastin, ni dans le mésentère.

Les seuls organes intéressants forment un bloc étroitement uni; ce sont : le foie, l'estomac, la rate. Le foie se sépare un peu de l'ensemble.

Sont donc étroitement unis, en un bloc confus de prime abord : l'estomac, la rate et le colon transverse dans sa moitié gauche.

Le diaphragme est très haut, refoulé, ogival; il est adhérent à toute la rate jusqu'à son pôle inférieur, et c'est lui qui forme toute la coque du bloc. C'est en effet bien d'une coque qu'il s'agit. En effet, la lésion primitive (on ne l'a d'ailleurs reconnu qu'après un long examen de la pièce retirée) est un cancer primitif de la grosse tubérosité de l'estomac.

Par une vaste perforation intéressant la grande courbure. à l'union de son quart supérieur et de ses trois quarts inférieurs, le cancer a fait communiquer l'estomac avec une cavité limitée par la rate, qui est creusé en géode, le colon transverse, le diaphragme et les adhérences très épaisses qui l'isolent complètement.

Cancer de l'estomac. — On incise en avant de la grande courbure sur la face antérieure. On dirait presque que le cancer est beaucoup plus prononcé sur la face externe de la grande courbure, et de la face postérieure, que sur la face

interne. L'orifice de la perforation admet le pouce ; ses bords sont plutôt déchiquetés ; ils ont de un à deux centimètres d'épaisseur. A l'endroit le plus épais, on aperçoit une ulcération de quatre centimètres environ de diamètre, serpigineuse contournée en pavillon d'oreille.

Sur la muqueuse de l'estomac, on découvre quatre ou cinq petites ulcérations, n'intéressant que la muqueuse, à bords ourlés, de quatre à dix millimètres de large, de forme plutôt ovalaire qu'arrondie, de deux millimètres de profondeur en moyenne, à bords plutôt décollés. Un peu de sang noir au fond de ces ulcérations qui n'ont rien de cadavérique, (estomac formolé bien conservé).

En regardant de plus près, on s'aperçoit que la perte de substance gastrique est bien plus grande qu'on ne l'avait cru tout d'abord. C'est qu'en effet, le sommet de la grosse tubérosité est formé, on pourrait dire fermé, par la rate qui est à nu dans l'estomac.

Cette rate est gris foncé, très dure. Répétons-le, par la face interne de l'estomac, tout bien considéré, on voit peu de néoplasme ; on ne voit qu'une perte de substance et la rate placée dessus comme une sorte de couvercle, de tampon.

La perforation a des bords très déchiquetés, laissant un vaste pertuis qui nous mène dans une vaste poche, pleine comme l'estomac de liquide hématique noir. Cette poche est limitée par le colon transverse et des tissus végétants et disséqués, qui représentent l'arrière cavité des épiploons.

Le pancréas ne fait que doubler cette paroi postéro-inférieure.

En avant, le diaphragme très épais, que l'on peut détacher de la rate, sauf au niveau de son pôle supérieur.

La rate est grosse, en deux énormes lobes. A la coupe rose, plutôt que rouge. On remarque de larges bandes couleur chair pâle, qui semblent être des lésions néoplasiques.

Le colon transverse est extrêmement adhérent à la grande courbure, mais clivable.

Foie pâle; on trouve six noyaux secondaires répartis uniquement dans le lobe droit, du volume d'une cerise.

OBSERVATION XXVIII (inédite).

due à l'obligeance de M. Fr. Moutier.

Cancer perforé de l'estomac. Destruction de la grosse tubérosité.

Femme de 55 ans, entrée pour hématémèses répétées ayant entraîné la mort.

Syndrome de sténose banale ayant évolué en deux ans. (Pas de péritonite généralisée).

Epithéltiome dendritique très végétant et envahissant, sphacelé.

Envahissement et nécrose de la rate au niveau de la grosse tubérosité qui est détruite. (Géode de la rate).

Les dendrites présentent une grande fragilité, tendance prononcée au sphacèle. (Vascularisation insuffisante).

Sphacèle prononcé de la rate. Immense plage anhyste.

Le cancer intéresse la grosse tubérosité et la face postérieure; il empiète à peine sur la face antérieure. L'estomac incisé sur la grande courbure, et la face antérieure relevée, on constate qu'au niveau de la grosse tubérosité, il existe un cancer cupuliforme dont le centre très creux présente une dépression en entonnoir.

Deux parties : un bourrelet périphérique large de un à six centimètres, cérébriforme, surplombant les tissus voisins de deux à cinq millimètres; quelques points exulcérés. En certains points, le bourrelet se perd et se confond en apparence avec la muqueuse saine; il en est ainsi de certains points du cancer où enjambant la petite courbure, celui-ci déborde de la face postérieure sur la face antérieure. Du reste, à certains épaississements de la muqueuse, en dehors des limites apparentes du néoplasme, on se rend compte que celui-ci s'in-

filtre en réalité au delà du territoire tout d'abord présumé.

Le centre du néoplasme creusé en entonnoir présente quelques végétations effilochées ou même quelques lambeaux sphacélés. Au sommet de l'entonnoir : vaste perforation irrégulière, ou mieux destruction de la coupole de la grosse tubérosité ; il en résulte une fente anfractueuse à grand axe vertical de deux à trois centimètres de haut sur cinq à dix millimètres de large menant, en arrière dans une poche purulente limitée par la rate en arrière et en dehors ; par le pancréas en dedans et en bas.

Le pancréas et la rate également adhérents : pour la rate à la grosse tubérosité et à la face postérieure ; pour le pancréas, à la face postérieure et aux ganglions envahis de la petite courbure, sont presque totalement envahis par le néoplasme qui dessine dans les coupes de vastes placards lardacés. Le néoplasme creuse dans la rate une légère cavité cupuliforme sphacélée.

Au-dessus de la principale perforation, à 4 centimètres environ sur le même plan sagittal, dans une zone d'infiltration diffuse, on constate une perforation plus étroite de 4 à 5 millimètres de diamètre, fissuraire, oblique de bas en haut qui tangente au pôle supérieur de la rate, débouche à la partie supérieure de la cavité décrite entre l'estomac et la rate.

OBSERVATION XXIX

Perforation de l'estomac, Gangrène de la rate, Abcès périsplénique. Perforation du diaphragme. Gangrène pulmonaire. (Le Noir. *Soc. Anat.*, mai 1890, P. 258.)

M. Marie, 32 ans, entrée dans le service de M. le Professeur Bouchard, le 9 mars 1890.

Cette malade lors de son admission à l'hôpital, était dans un état d'amaigrissement extrême ; elle se plaignait de tousser

depuis longtemps déjà, et d'expectorer abondamment surtout le matin.

A l'examen, on constatait dans toute la moitié inférieure du poumon gauche, les signes d'une vaste excavation : souffle, gargouillement, bruit de succussion.

Les crachats rejetés en grande quantité étaient très fétides, la dyspnée vive, les sueurs nocturnes abondantes, la température élevée à grandes oscillations vespérales. Ces signes n'ont cessé de s'accentuer jusqu'à la mort de la malade (31 avril).

A l'autopsie, on découvre que le poumon gauche présentait une vaste excavation remplie d'un liquide extrêmement fétide; une partie du tissu pulmonaire était adhérente à la plèvre pariétale et aux côtés, les parois gangrenées et irrégulières.

Une grosse bronche, s'ouvrait dans cette cavité qui communiquait en outre à travers le diaphragme avec une collection purulente sous-phrénique.

La perforation du diaphragme permettait l'introduction de l'index.

La rate entourée de pus, était elle-même gangrenée de telle sorte qu'elle formait une poche remplie d'un liquide putrilagineux dans lequel baignaient des morceaux de tissu splénique sphacélé.

Enfin l'examen de l'estomac a démontré l'existence d'une perforation située à 1 cm 1/2 environ du cardia.

En résumé : Perforation de l'estomac, abcès gangréneux sus et sous-phrénique formés aux dépens du poumon et de la rate.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Description macroscopique. — Dans nos observations de perforation suivie de péritonite aiguë, la perte de substance siège d'une façon remarquablement constante sur la face antérieure de l'estomac ou du pylore.

Dans l'*Obs. I*, la perforation siège sur la face antérieure du pylore.

Dans l'*Obs. II*, sur la face antérieure de l'estomac près du cardia.

Dans les *Obs. V* et *VI* sur la face antérieure de l'estomac près de la petite courbure.

Le nombre des observations est certainement insuffisant pour en tirer une conclusion définitive. Il est bon cependant de faire remarquer la relation frappante qui existe entre le siège de la perforation et la nature des accidents : perforation de la face antérieure — péritonite aiguë.

On sait, en effet, que par suite de la mobilité plus grande de cette paroi de l'estomac et de ses déplacements au cours de la digestion, les adhérences se forment difficilement.

D'autre part, si les perforations de la face antérieure sont suivies des accidents les plus graves, ce sont aussi heureusement les plus accessibles au chirurgien. A ce propos, M. le Professeur Quénu nous faisait remarquer

que pour découvrir la perforation quand elle siège sur la face antérieure au voisinage de la petite courbure, il était parfois nécessaire de relever le foie et ce n'était qu'à bout de doigt qu'il était possible d'atteindre la perforation pour la suturer.

La forme de la perforation est très variable.

Alors que la perforation de l'ulcus vue par la face interne de l'estomac se présente sous forme d'une perte de substance parfaitement ronde, régulière, à bords taillés à pics, la perforation du cancer est tantôt irrégulière à bords effilochés, noirâtres, sphacélés (*Obs. I*), tantôt triangulaire masquée par des bourgeons cancéreux d'une tumeur végétante (*Obs. VI.*)

Les dimensions varient du diamètre d'un noyau de cerise, d'une pièce de cinquante centimes, à celui de l'index, c'est-à-dire de quelques millimètres à un centimètre et plus.

Les lésions péritonéales diffèrent suivant le temps qui s'est écoulé depuis le début des accidents.

Dans l'*Obs. V*, le malade est opéré par M. le Professeur Quénu deux heures après le début des phénomènes péritonéaux.

Sur la face antérieure de l'estomac, tout près de la petite courbure, sous le foie, qu'on est obligé de soulever, on aperçoit une perforation du diamètre d'une pièce de cinquante centimes par laquelle s'écoule le contenu de l'estomac.

Entre le foie et l'estomac, on remarque quelques adhérences péritonéales, ébauchées de processus d'enkystement.

Dans l'*Obs. VI*, le malade est opéré également quelques heures après le début des accidents. Aussitôt le ventre ouvert, il s'écoule un liquide noirâtre, mousseux et fétide. On refoule les anses intestinales, on relève le foie et on arrive sur la petite courbure au niveau de laquelle on distingue une masse bourgeonnante, véritable chou-fleur qui occupe toute la petite courbure et se continue sur la face antérieure de l'estomac.

On cherche en vain l'orifice de la perforation.

Le malade mourut cinq jours après l'opération.

On constata à l'autopsie que la perforation de forme triangulaire, tolérant l'introduction de l'index, siégeait sur la face antérieure, mais se trouvait masquée par des bourgeons cancéreux.

Si les accidents datent de plusieurs jours, les anses intestinales sont congestionnées, couleur lie de vin, récouvertes de fausses membranes. Le petit bassin et les parties déclives sont remplies soit de pus jaune clair bien lié, soit d'un liquide brunâtre ressemblant à du bouillon sale.

Quand l'infection se localise, le péritoine enkyste la collection. Il se forme des abcès soit simples, soit gangréneux.

I. — Abcès simples.

Le volume des abcès périgastriques peut varier des dimensions d'une noix à celui du poing et plus.

Nous laissons de côté les petits abcès miliaires perdus au milieu des adhérences.

Leur nombre est le plus souvent en rapport avec le nombre des perforations.

Tantôt chaque abcès communique avec l'estomac par l'intermédiaire de la perforation, comme nous l'avons constaté dans l'*Obs. X*, où il existait deux perforations et deux cavités.

Tantôt il existe plusieurs abcès dont un seul communique largement avec l'estomac.

Dans l'*Obs. I*, on découvrit à l'autopsie trois abcès et une seule perforation.

Cette notion d'abcès multiples est intéressante pour le chirurgien, car de l'évacuation complète du pus dépend la guérison du malade.

Les parois des abcès sont tantôt lisses, tantôt anfractueuses, recouvertes de fausses membranes fibrineuses.

Le contenu est constitué soit par un pus verdâtre, mal lié, sans odeur fétide dont la quantité varie de quelques centimètres cubes à un demi-litre, soit par un

liquide brun clair, sans odeur, analogue au contenu de l'estomac et au liquide vomi par le malade (*Obs. XII*).

Le siège des abcès est important à connaître car c'est la situation du pus qui commande les symptômes cliniques et la modalité de l'intervention.

Il dépend du siège de la perforation et par conséquent du cancer. Il est réglé par la disposition anatomique du péritoine.

Disposition anatomique du péritoine. — Sur une coupe verticale et antéro-postérieure de l'abdomen, passant à gauche de la ligne médiane et intéressant le diaphragme, le foie, le duodénum, le pancréas et le côlon transverse, on délimite quatre loges péritonéales :

1° Une loge sus-hépatique ou phréno-hépatique : entre le diaphragme et la face supérieure du foie ;

2° Une loge sous-hépatique ou gastro-hépatique, entre la face antérieure de l'estomac et la face inférieure du foie. Elle communique en avant avec la précédente ;

3° L'arrière-cavité des épiploons ;

4° Une loge sous-duodénale, rétro-péritonéale, à travers laquelle certaines fusées purulentes peuvent se diriger vers la région rénale et le bassin.

Une coupe transversale montre la loge sus-hépatique ou phréno-hépatique divisée en 2 moitiés, droite et gauche, par le ligament suspenseur du foie, qui n'oppose pas toujours une barrière suffisante au pus.

Elle montre encore à gauche et au-dessus du foie, une loge phréno-gastro-splénique limitée par le diaphragme, l'estomac et la rate. Cette loge communique avec la loge sus-hépatique gauche.

L'observation clinique, les interventions chirurgicales, les examens nécropsiques ont montré qu'il existait un rapport assez constant entre le siège de la perforation et la localisation des abcès.

Cette constatation permet au chirurgien d'aller directement à la recherche d'une collection purulente.

1. Aux perforations de la face antérieure de l'estomac, correspondent des abcès de la loge phréno-hépatique gauche.

Dans l'*Obs. X*, la perforation anfractueuse, de 5 millimètres de diamètre, siège sur la face antérieure de l'estomac à 1 centimètre de la grande courbure.

Elle s'ouvre dans une cavité située entre le lobe gauche du foie et le diaphragme.

2. Aux perforations avoisinant le cardia et la grosse tubérosité correspondent des abcès de la loge phréno-gastro-splénique.

Dans la même observation, la 2e perforation fissuraire siégeant au voisinage de la grosse tubérosité, débouche dans une cavité comprise entre la moitié inférieure de la rate et l'estomac en haut, le pôle supérieur du rein avec la queue du pancréas en bas, limitée en dedans par des adhérences épaisses de plus de un centimètre.

3. Les perforations juxta-pyloriques déterminent des abcès de la loge gastro-hépatique antérieure. Cette loge communique parfois avec la loge phréno-hépatique.

Dans l'*Obs. XI*, la perforation siège à 2 centimètres du pylore, sur la face antérieure de l'antre pylorique, ses bords sont irréguliers, l'orifice admet le calibre

d'un crayon. Le pus est collecté en partie au-dessus du foie : entre le foie et le diaphragme, en partie au-dessous du foie.

De toutes ces collections les plus fréquentes et celles qu'il importe au clinicien de connaître sont par ordre de fréquence :

1. Les abcès sus-hépatiques à symptomatologie thoracique dont les symptômes rappellent ceux de la pleurésie purulente ou du pyo-pneumothorax.

2. Les abcès sous-hépatiques à symptomatologie abdominale parfois accessibles à la palpation.

II. — Abcès gangréneux

1. *Abcès hépato-gangréneux.* — Les abcès gangréneux sont beaucoup plus rares que les abcès simples.

Les lésions constatées dans les quelques observations que nous avons pu réunir sont à peu près superposables.

La paroi abdominable étant incisée (*Obs. XXII*), on tombe sur une masse compacte, un véritable bloc formé par le foie, l'estomac, le colon transverse, tous ces organes fixés par des adhérences très solides. L'adhérence est intime entre le foie et l'estomac, on est obligé de séparer ces deux organes au scalpel.

Après isolement des organes, on constate qu'il existe entre le foie et l'estomac, limitée par des adhérences et du tissu néoplasique, une cavité remplie d'un liquide puriforme, d'odeur gangréneuse, qui communique d'une part avec la cavité gastrique par l'intermédiaire d'une perforation de un à deux centimètres de diamètre, à bords déchiquetés, siégeant sur la face antérieure de l'estomac près de la petite courbure et qui d'autre part s'enfonce profondément dans le lobe gauche du foie. Cette collection puriforme s'effondre facilement sous le doigt et donne issue à un litre environ de liquide noirâtre très fétide.

Les mêmes détails se retrouvent dans les autres observations. C'est toujours aux dépens du lobe gauche du foie que se forme la caverne gangréneuse. Les rapports du pylore et de l'antre prépylorique, où siège la perforation, avec le lobe gauche du foie, expliquent cette localisation.

Les dimensions de la caverne varient suivant la durée et l'intensité du processus gangréneux.

Les parois sont anfractueuses, tapissées de débris de tissus sphacélés.

Son contenu peut être d'un litre et plus. C'est un mélange de liquide noirâtre et de gaz d'odeur infecte.

La caverne communique directement avec l'estomac par l'intermédiaire d'une perforation de diamètre plus ou moins considérable. Tantôt la paroi stomacale est complètement effondrée et les deux cavités communiquent largement, tantôt la perte de substance admet à peine l'index.

Le foie peut être très augmenté de volume. Le lobe gauche transformé en caverne est distendu par des gaz; on le perçoit du vivant du malade à la palpation (observation Gilbert et Lippmann), tantôt le lobe gauche est également transformé en caverne, mais les parois de la caverne formées par une plus grande épaisseur de tissu hépatique, ne se laissent pas distendre par les gaz et le foie ne paraît pas augmenté de volume à la palpation.

Examen histologique. — Nous résumerons l'examen histologique pratiqué dans le service du professeur Gilbert et rapporté dans la thèse Guille-Desbuttes.

On peut considérer le géode cancéreux hépatique comme limité par trois couches parenchymateuses, concentriquement disposées par rapport à la cavité qu'elles circonscrivent.

Une première couche entièrement mortifiée, paroi même de la caverne gangréneuse, dans laquelle aucun élément cellulaire n'est reconnaissable. On y décèle quelques microbes anaérobies.

Une deuxième couche de mortification également, mais dans laquelle les cellules hépatiques ont leurs contours nettement dessinés. Cette zone moyenne est par endroits le siège d'une prolifération conjonctive intense, d'un cirrhose diffuse tendant à limiter le processus envahisseur. A la limite de la première et de la deuxième zone, on trouve des bacilles, des cocci de toutes formes et de toutes tailles entassés en amas considérables.

Une troisième couche dans laquelle le tissu est vivace. Les cellules ont repris une disposition régulière et normale, mais il existe néanmoins des lésions des espaces portes.

La transition entre cette dernière zone et la zone moyenne se fait insensiblement.

A la limite de la troisième zone, on ne trouve que quelques rares microbes de forme bacillaire.

2. *Abcès spléno-gangréneux.* — L'abcès spléno-gangréneux est consécutif à une perforation de la grosse tubérosité.

L'estomac étant incisé suivant la grande courbure,

on aperçoit en regardant par la face interne, la rate placée comme une sorte de couvercle, de tampon venant boucher la perte de substance de la grosse tubérosité (*Obs. XXVII*).

La cavité creusée dans le tissu propre de la rate est de dimension variable. Elle forme parfois une vaste poche remplie de débris sphacélés (*Obs. Le Noir, Soc. Anat.* 1890), à parois dont l'aspect tomenteux s'explique par la gangrène des tissus.

Elle communique avec l'estomac par l'intermédiaire d'une perforation qui, dans nos deux observations, est très large puisqu'elle comprend toute la coupole de la grosse tubérosité qui est détruite.

La rate est grosse en deux énormes lobes (*Obs. XXVII*); elle est reliée aux organes voisins : diaphragme, estomac, pancréas, par des adhérences souvent très épaisses, tous ces organes formant un bloc compact, parfois recouvert par une sorte de coque constituée par le diaphragme qui adhère à la rate jusqu'à son pôle inférieur.

Examen histologique. — L'examen histologique est pratiqué par le Dr F. Moutier.

Au niveau de la grosse tubérosité on constate la présence d'un épithélioma atypique avec cellules cancéreuses de grandes dimensions multinucléées.

Au niveau des bords de la perforation : nécrose absolue, aucun noyau colorable. Seuls se colorent quelques amas microbiens ou mycosiques.

La caverne creusée par la gangrène dans le tissu

splénique est limitée par trois zones d'aspect différent : une première zone entièrement nécrosée. Elle se présente à un faible grossissement comme une plage d'aspect très variable : hémorragique en certains endroits, — purement nécrotique en d'autres, c'est-à-dire anhyste, parsemée d'un grand nombre de débris nucléaires.

On reconnaît çà et là des calibres vasculaires ne renfermant pas de noyau en général.

Sur toute l'étendue de la zone nécrosée se reconnaissent des tractus conjonctifs soit en bandes parallèles plus ou moins pennicillées, soit en un réseau dont les mailles renferment des débris nucléaires.

Cette région se raccorde avec les autres parties de la rate tantôt insensiblement, tantôt brusquement, séparée dans ce dernier cas du tissu non nécrosé, par une région où le tissu scléreux est abondant.

Une deuxième zone de sclérose envahissante.

L'abondance du tissu conjonctif avec ses longs noyaux fusiformes, ses fibres parallèles, lui donnent un aspect très particulier.

Les noyaux des cellules fusiformes sont nettement colorés, assez clairs cependant, étroits, très allongés. Dans les mailles du réseau formé par les fibres conjonctives, on voit un nombre variable de polynucléaires, quelques éosinophiles, des lymphocytes, et des mononucléaires de tailles diverses, quelques mononucléaires géants mais sans figure macrophagique nette. Quelques-uns des polynucléaires sont en pycnose.

En certains endroits, les noyaux des cellules fixes s'arrondissent, les cellules tendent à se mobiliser.

Dans la troisième zone, le tissu reprend son aspect normal. Cependant on y remarque encore certains corpuscules envahis par le processus de sclérose; on y trouve des lymphocytes et des mononucléaires à différents stades d'évolution, peu de cellules germinatives, vers la périphérie quelques plasmatzellen et un ou deux éosinophiles.

En résumé : zone de nécrose avec destruction complète des tissus et au pourtour réaction inflammatoire banale.

MÉCANISME DES ACCIDENTS

L'étude des lésions permet de comprendre la marche des accidents.

Il s'agit d'ordinaire de tumeurs molles, du type encéphaloïde des anciens auteurs, dont la plus grande partie est en réalité formée de tissus nécrosés, certaines présentent une dégénération spéciale de leurs cellules, le plus souvent du type colloïde.

D'autre part, le pylore est souvent atteint, l'estomac se vide mal, le suc gastrique est pauvre en acide chlorhydrique libre ; de ce fait, le nombre et la virulence des microbes de l'estomac augmentent.

La tumeur d'abord ulcérée s'infecte secondairement ; il se produit dans son épaisseur des foyers de suppuration au point qu'à la pression on peut faire couler du pus par une multitude de petits orifices (Mintz *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* XIX, 1891-92 6.487).

D'autres fois, ce sont les microbes anaérobies saprophytes de l'estomac qui entrent en jeu, le processus gangréneux envahit la tumeur ; il se forme une escharre qui tombe et qui parfois ouvre l'estomac en créant une perte de substance.

En présence de ces facteurs d'ulcération et d'infection

on se demande même comment il se fait que les tumeurs cancéreuses de l'estomac ne se perforent pas plus souvent.

Tout y contribue et cependant les observations de perforations, en particulier suivies de péritonite aiguë, sont rares.

Est-ce parce que les faits sont méconnus, le clinicien ayant une tendance, en présence d'accidents de péritonite aiguë, à penser *à priori* à un ulcère? Ou bien parce que les cancéreux meurent « avant que la lésion locale ait atteint la période de son développement où cet accident peut se produire »? (Brinton).

Sans doute pour chacune de ces raisons.

ETIOLOGIE

La perforation est à peine étudiée dans les traités classiques. Brinton est un des premiers qui la signale d'une façon explicite : « les suites de l'ulcération cancéreuse, dit Brinton, présentent avec celles de l'ulcère de l'estomac un remarquable contraste ; la fréquence de la perforation n'est que la moitié ou le tiers de ce qu'elle est dans l'ulcère : de 4 à 6 p. 100 au lieu de 13. »

Il est difficile d'exprimer en chiffres, la fréquence exacte de la perforation ; pour qu'une statistique ait une réelle valeur, il faudrait avoir suivi les malades jusqu'à la mort et être certain du diagnostic.

Or, le plus souvent, les cancéreux quittent l'hôpital après un séjour plus ou moins prolongé : on les perd de vue et dans bien des cas, le diagnostic reste douteux.

Témoin le fait suivant (*Obs. XII*), observé récemment dans le service de M. Mathieu.

Il s'agissait d'une femme âgée de 46 ans, qui s'était présentée à la consultation dans un état de faiblesse et d'anémie telles qu'on la fit entrer d'urgence dans le service.

On ne constata aucun signe attirant l'attention sur la possibilité d'une perforation.

Elle vomissait des cuvettes de sang noir une fois, deux fois dans la journée. Les selles était couleur marc de café.

A la palpation, on sentait une induration peu nette au niveau du creux épigastrique.

Quelques jours avant sa mort, la température monta à 38° 2 et ce fut tout.

Rien ne put arrêter les hémorragies. La malade mourut au bout de 10 jours.

A l'autopsie, on trouva une tumeur mollasse dont l'ulcération avait déterminé des hémorragies en nappe.

Au centre de la tumeur une perforation conduisant dans une cavité sous-hépatique.

Il existe certainement des faits analogues, où la perforation est une trouvaille d'autopsie.

On comprend que dans ces conditions il soit difficile d'établir une statistique.

L'étude des faits observés à l'hôpital Saint-Antoine le montre bien.

De la statistique établie dans le service de M. A. Mathieu et communiqué obligeamment par M. le docteur Fr. Moutier, il ressort que, dans une première période de 8 années sur 575 cas de cancer, on observa 3 cas de perforation de l'estomac : 2 furent suivis de péritonite généralisée — un d'abcès sous-hépatique avec géode cancéreux au niveau du foie.

Dans une deuxième période de 3 ans, alors que l'on était plus averti, on note 6 cas de perforation sur 135 observations de cancer : 3 cas suivis de péritonite généralisée et 3 cas d'abcès périgastrique.

Dans la première période la fréquence est de 0,52 °/₀ contre 4,4 °/₀ dans la deuxième. Comme nous l'avons dit, ces chiffres n'ont qu'une valeur relative.

Cette complication peut se rencontrer à tout âge, aussi bien chez l'homme, que chez la femme.

Elle survient soit à la suite d'un repas (*Obs. I*), après un lavage d'estomac, à l'occasion d'une quinte de toux, d'un effort pour vomir ou sans cause apparente.

Le pronostic est fatal à brève échéance. Dans les cas de péritonite aiguë, le malade meurt en quelques heures ou dans les jours qui suivent la perforation.

Dans les abcès périgastriques, l'évolution est plus longue; l'abcès peut durer plusieurs mois et si l'on n'intervient pas, il s'ouvre soit à la peau, soit dans un viscère, le colon le plus souvent, et cette complication vient hâter les progrès de la cachexie.

L'intervention chirurgicale est donc indiquée ici comme dans tous les cas de perforation du tube digestif, bien que l'existence du cancer rende le pronostic plus grave.

TRAITEMENT

I. — Perforation suivie de Péritonite aiguë.

Dans ce cas, il faut intervenir le plus rapidement possible et c'est ce qui fait l'intérêt d'un diagnostic précoce.

Si le malade est en état de choc, on le remontera par des injections d'éther, d'huile camphrée, de sérum; on lui fera des enveloppements chauds en attendant le chirurgien.

Premier temps : Recherche de la perforation.

On pratique une laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'exploration doit porter d'abord sur la face antérieure de l'estomac et du pylore où comme nous l'avons vu, siège d'ordinaire la perforation. Pour cela, il est souvent nécessaire de relever le foie pour découvrir la perforation située souvent très haut.

Parfois la découverte de la perforation est facilitée par l'écoulement du contenu gastrique, par la perte de substance. D'autres fois, au contraire, il s'agit de tumeurs végétantes, en chou-fleur; la perforation masquée par les bourgeons cancéreux est très difficile à trouver.

Deuxième temps : La perforation est découverte, que faut-il faire ?

L'idéal serait d'extirper la tumeur cancéreuse et de faire une suture en tissu sain.

Malheureusement la résection est le plus souvent impossible, le cancer occupant une grande partie de la face antérieure et parfois la petite courbure.

Il ne faut pas compter sur la suture directe de la perforation. La perte de substance est en effet située en plein tissu cancéreux et l'on connaît la friabilité de ces tissus qui se laissent couper par les fils.

Si les tissus qui avoisinent la perte de substance se laissent plisser, on enfouira la perforation en l'invaginant et en suturant par-dessus deux plis de l'estomac.

On pourra aussi attirer l'épiploon, le relever et le suturer tout autour comme un couvercle.

Mais le plus souvent ces moyens sont inapplicables, il s'agit de tumeurs trop étendues, l'estomac est fixé aux organes voisins, il est impossible de l'attirer au dehors sans risquer de produire de vastes déchirures.

Dans ce cas, on en sera réduit à draîner la perforation vers l'extérieur avec un gros tube entouré de mèches empêchant les liquides de gagner la grande cavité péritonéale.

On n'oubliera pas, comme on l'a récemment recommandé au dernier Congrès de chirurgie, de draîner le bassin par deux incisions iliaques.

Cependant les résultats ne sont pas encourageants; on constate une survie de quelques jours, au bout des-

quels le malade succombe et à l'autopsie on constate l'infection de la grande cavité péritonéale.

Malgré tout, quand, en dehors de la courte survie qu'elle procure, l'opération n'aurait servi qu'à soulager le malade et à supprimer les douleurs atroces qui suivent la perforation de l'estomac, elle serait encore à recommander.

II. — Perforation suivie de péritonite localisée.

Dans le traitement des abcès périgastriques, le chirurgien devra se proposer un double but : draîner les abcès par la voie la plus courte, vider toutes les collections purulentes.

Le plus souvent, il n'aura pas à s'occuper de la perforation.

Dans la forme abdominale après incision de la paroi, le chirurgien ira à la recherche de l'abcès.

Dans les collections antérieures, on arrive facilement sur l'abcès sans ouvrir la grande cavité péritonéale ; il suffit de le vider et de le draîner.

On se rappellera qu'il existe souvent des collections multiples et que ces mêmes collections poussent souvent des prolongements qu'il importe de draîner.

Dans la forme thoracique, on donnera la préférence à l'incision transpleurale ; on lui a reproché d'ouvrir la plèvre et de favoriser son infection. Mais souvent, dans ces grosses collections, les deux feuillets de la plèvre

sont soudés; de plus, si l'on a la précaution, après la résection costale, de reconnaître le diaphragme et de le suturer circulairement à la peau, on pourra évacuer et draîner les collections sous-jacentes, sans infecter la plèvre (Castaigne et Dujarrier. *Rapport au Congrès de médecine*, 1907).

CONCLUSIONS

1. — Les traités classiques ne signalaient que d'une façon incomplète les perforations du cancer de l'estomac, qu'ils ne décrivent pas. Cependant cet accident est relativement fréquent et mérite d'être étudié tant au point de vue du diagnostic, que du pronostic et du traitement.

La perforation du cancer de l'estomac donne lieu à deux ordres d'accidents.

1° Péritonite généralisée :

2° Péritonite localisée, soit *avec abcès simple*, soit *avec abcès gangréneux*.

2. — Dans le cancer de l'estomac comme dans l'ulcère, la perforation se révèle par les signes habituels de la péritonite aiguë.

Le diagnostic différentiel se fera par les commémoratifs et les signes directs du cancer. Il peut se faire que dans les cas de cancer fruste, le diagnostic ne soit possible que par la laparotomie ou à l'autopsie.

3. — La perforation n'est pas toujours suivie de péritonite aiguë. Quand le péritoine a le temps de réa-

gir, il localise l'infection, et il se produit une péritonite localisée avec abcès périgastrique.

Le début est marqué par une douleur vive, moins brutale que dans les cas de péritonite aiguë, survenant chez un malade qui présente d'une façon plus ou moins nette les signes d'un cancer en évolution.

L'apparition de la fièvre à grandes oscillations, l'aggravation de l'état général sont des signes de probabilité de l'abcès, dont la localisation doit être recherchée :

I. — Abcès simples. Ici comme dans l'ulcère, il y a intérêt à distinguer la forme thoracique et la forme abdominale des abcès périgastriques.

a) *Forme thoracique*. Rare, consécutive à la perforation d'un cancer de la grosse tubérosité ou de la petite courbure, eux-mêmes rares.

Douleur dans l'hypocondre gauche, voussure, matité en dôme, ponction (bien que n'étant pas signalés dans les observations, il n'y a pas de raison, étant donnée la localisation, pour qu'on ne trouve pas les signes de Pfühl et de Fürbringer) — surtout radioscopie, permettant de faire le diagnostic avec une collection pleurale.

b) *Forme abdominale*. Plus fréquente, consécutive à des perforations de cancers de la région pylorique eux-mêmes plus fréquents (75 p. 100 des cas).

Douleur, voussure, matité. A différencier des abcès du foie ou d'une péritonite tuberculeuse.

II. — Abcès gangréneux.

a) *Abcès hépato-gangréneux*. Forme rare (4 observations) voussure, matité se continuant avec la matité hépatique.

Parfois sonorité due à la présence des gaz — grave atteinte de l'état général, tendance rapide au coma, Hypothermie.

b) *Abcès spléno-gangréneux.* Splénomégalie avec formule sanguine d'anémie banale éliminant un trouble primitif de l'hématopoïèse. — Evolution chez un cancéreux avéré.

4. — *Lésions macroscopiques*. Perforation de forme irrégulière, à bords sphacélés, noirâtres, de dimensions variables.

Dans les cas suivis de péritonite aiguë, la perforation siégeait dans les six cas connus de nous, sur la face antérieure de l'estomac ou du pylore.

Dans les cas de péritonite localisée, la perforation siège soit sur les faces, soit sur les bords. Il existe un rapport assez constant entre le siège de la perforation et la localisation de l'abcès enkysté.

Abcès simples à parois lisses ou anfractueuses, à contenu sans odeur.

Abcès gangréneux : cavernes à parois tomenteuses creusées soit dans le foie, soit dans la rate; contenu fétide.

5. — Les lésions expliquent la marche des accidents.

Nécrose des tissus; dégénérescence colloïde de la tumeur; infection secondaire de la tumeur ulcérée; sphacèle et perforation.

On s'étonne même qu'avec des tumeurs si peu résistantes, la perforation ne se produise pas plus souvent.

6. — Pour Brinton la fréquence de la perforation serait de 4 p. 100. D'après la statistique établie sur

135 cas observés dans le service de M. Albert Mathieu cette perforation serait également de 4, 4 p. 100

Valeur relative de ces statistiques : impossibilité de suivre les malades jusqu'à la mort, cas dans lesquels le diagnostic n'est pas établi et l'autopsie n'est pas faite.

7. — L'intervention chirurgicale est indiquée ici comme dans tous les cas de perforation du tube digestif, bien que l'existence du cancer rende le pronostic plus grave.

a) *Péritonite aiguë.* Intervention rapide.

Idéal : résection du cancer, suture, un tissu sain.

Le plus souvent impossible en raison de l'extension des lésions néoplasiques.

Enfouissement de la perforation.

Drainage vers l'extérieur.

b) *Abcès périgastriques.* Draîner les abcès par la voie la plus courte. Vider toutes les collections purulentes. Ne pas s'occuper de la perforation. Forme thoracique : Voie transpleurale. Forme abdominale : Laparotomie médiane.

Vu :
Le Président de la Thèse,
QUÉNU.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Achard. — *Soc. méd. hop.*, 1895, 26 juillet. Complic. infect. du cancer de l'estomac.

Méd. Mod., 1894, octobre. Cancer de l'estomac forme pyohémique.

Auger. — *Soc. anat.*, 1875, p. 708-710. Cancer et fistule gastro-abdominale.

Auvray. Th. Paris, 1866.

Balzer. — *Soc. anat.*, 1876. Cancer de l'estomac et du foie avec angioleucite pulmonaire.

Balluff. — *Gaz. hôp.*, 1856, XXIV, p. 139. Cancer de l'estomac et fistule stomacale.

Bally. — Cancer de l'estomac. Perforation *Clin. d'hop. Par.*, 1829.

Boix. — Th. Paris, 1895. *Foie des dyspeptiques.*

Brèchoteau. — Th. Paris, 6 Février 1896. *Des fistules gastro-cutanées.*

Brinton. — *Maladies de l'estomac.* Traduction par A. Riant 1870, page 333.

Brissaud. — *Soc. anat.*, 1878, p. 256-259. Cancer latent de l'estomac, pleurésie purul. et pyohémie.

Capitan et Morau. — *Soc. biol.*, 1889. *Journ. de la soc. méd. de Bordeaux*, mars 1893.

Cassaët — *Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 12 mars 1894. Du pouvoir antiseptique de l'acide chlorhydrique stomacal.

Chappet. — *Lyon méd.*, 7 Janvier 1894.

Castaigne et Dujarrier. — *Rapport au Congrès de Médecine*, 1907.

Chatin et Devic. — *Prov. méd.,* 28 juillet 1894. Formes pleurales du cancer de l'estomac. *Prov. méd.* 1892.

Clément. — *Virchow's Arch.*, 1895.

Contour. — *Soc. anat.,* 1840.

Dagron. — *Soc. anat.*, 1886. Cancer latent de l'estomac et périt. cancéreuse.

Derville. — *Soc. anat.*, 1884, p 270.

De Grandmaison. — Cancer latent de l'estomac. *Revue pratique des Connaissances médicales*, n° 108, 1910.

Dominici et Gilbert. — *Soc. biol.*, 10 novembre 1894. Microbes du tube digestif : leur énumération.

Doyen — *Soc. anat.*, 1884, p. 181.

Dudon. — Cancer de l'estomac. — Perforation de la paroi abdominale. — Communication de l'estomac avec le colon transverse, *Bordeaux médical,* 7 Février 1875, tome IV., n° 6, p, 41.

Feulard. — *Arch. gén, méd.*, 1887, p. 158. Fistules ombilicales consécutives au cancer de l'estomac,

Follet. — *Soc. anat.*, 9 février 1894.

Fraentzel. — Cancer de l'estomac ouvert à l'extérieur. — *Charite annalen* 1887, p. 312. — Analysée dans la *Revue des Sciences médicales* 1888, page 344.

Garcin. — Th. Lyon, novembre 1892. *De la fièvre dans le cancer de l'estomac.*

Gautier. — *Des fistules gastro-cutanées* Thèse Paris, 1887.

Giraudeau. — *Sem. méd.*, 1894.

Gillepsie. — *Journ. of. path. and bact.*, 1, 3, 1893. La bactérie de l'estomac.

Girode. — *Soc. méd. hôp.*, 1895.

Glaser. — *Berlin Klin. Woch.*, 1883.

Guille-Desbuttes. — *Forme hépato-gangréneuse du cancer de l'estomac.* Thèse Paris, 1903.

Hanot. — *Arch. gén. méd.*, 1892. Forme septicémique du cancer de l'estomac. *Presse méd* 1895. Cancer et suppuration.

Hardy. — Cancer de la petite courbure vomissements insolites. Perforation, péritonite aiguë généralisée. — Mort. *Praticien*. Paris 1881.

Hérard de Bessé. — *Des formes septiques du cancer de l'estomac*. Paris 1895-1896.

Homolle. — *Soc. anat.*, 1874.

Huchard. — *Union méd.*, 1879.

Isch. Wall. — Cancer de l'estomac propagé au foie. Perforation de l'estomac sans péritonite. *Bull. soc. anat.*, Paris 1889.

Josias et Leblond. — *Soc. anat.*, Janvier 1889 page 42.

Jullian. — *Contribution à l'étude des lésions à distance dans la sténose néoplasique du pylore. Rupture et perforation de l'estomac*. Thèse Lyon 1908.

Kelsh et Vallin. — *Soc. méd. hôp.*, 1887.

Labbé. — *Soc. anat.*, 1860, p. 365.

Laënnec. — Perforation de l'estomac et tympanite péritonéale par suite de cancer reconnu pendant la vie. Page 377. *Rev. médicale. franc. et étrang.*, Paris 1824.

Lancry et Vilcocq. — *Gaz. hebd.*, 1896.

Le Noir. — *Soc. anat.* p. 248.

Leflaive. — Fistule gastro-cutanée consécutive à un cancer de l'estomac *Bull. de la soc. anat.*, 1885, page 333.

Laval. — Th. Bordeaux 1895. *Rôle antiseptique du suc gastrique*.

Lebreton. — *Soc. anat.*, 1883.

Legg. — *St-Bartholomew's hospit. reports*, 1874 v. X, p. 236.

Lion. — Th. Paris 1890.

Lépine. — Carcinome du pylore, adhérence de la tumeur au lobe gauche du foie, destruction d'une partie de ce lobe qui est transformée en putrilage. *Bull. soc. anat.* Paris 1873.

Leven et Baret. — Diagnostic radioscopique du cancer de l'estomac. *Soc. anat.*, janvier 1908.

Macé. — Cancer de la portion pylorique de l'estomac. Généralisation au foie, aux poumons, au mésentère. — Fistule ombilicale faisant communiquer le foyer cancéreux primitif et l'extérieur. — *Bull. de la soc. anat.* 1894, p. 309.

Marie. — *Soc. anat.*, 9 février 1894.

Mérigot et Treigny. — *Rev. gén. de clinique*, 1892, p. 113.

Meunier. — Mars 1893, page 263. *Bul. soc. Anat Paris.* Cancer du pylore. — Gangrène de la rate et abcès périsplénique. — Perforation du diaphragme — Gangrène pulmonaire.

Mesnard. — Perforation et péritonite suraiguë. — *Gaz. hebd.*, et *sem. méd. de Bordeaux* 1887.

Mintz. — *Deutsch. Arch. f. Klin. Méd.*, 1892.

Mislowitzer — *Ueber die Perforation des magenscarcinoms nach. aussen.* Inaug. Dissertat. Berlin 1889, page 13.

Mossé. — *Soc. anat.* 1876, p. 158-181. Cancer de l'estomac et péricardite purulente.

Monzel. — Perforation eines scirrhôsen Magens. *Gen. Ber. d. k. rhein. Méd.* coll. 1834.

Mathieu et Roux. — *Ulcère et cancer* Paris 1910.

Ménétrier. — Cancer. — *Traité de médecine* Brouardel et Gilbert.

Ollivier. — *Normandie méd.* 1er mai 1891.

Oppler. — *Münch. méd. Woch.*, 31 janvier 1894, p. 570. Du contenu stomacal dans le cancer gastrique.

Ozenne. — Cancer latent de l'estomac avec perforation. Péritonite. — Mort. — *Bull. soc. anat.* Paris 1880.

Pauly. — *Lyon méd.*, 7 mai 1893.

Cancer de l'estomac avec propagation au cœur.

Patel. — Cancer de l'estomac avec abcès périgastrique antérieur. — Fistule gastrique consécutive jejunostomie, guérison de la fistule. *Lyon médical* 1908, XL, 780.

Petit. — In *Mémoires Académie des sciences* 1716, page 312. Résumé dans le mémoire de Feulard.

Pierre. — Th. Paris 1890, *Complic. non cancéreuse de l'appareil pulm. dans le cancer de l'estomac.*

Planchart. — *Bull. soc. anat.* janvier 1888. page 47.

Raynaud. — *Gaz. hebd.*, 1861. — Union méd., 1874.

Reboul. — *Bull. soc. anat.* Paris 1887. 41-43.

Rodet. — *Soc. des sciences méd.*, de Lyon tome 3. p. 198.

Rokitansky. — *Path. anat. syd. soc. Eden.* Vol. II, p. 33 et 43.

Sébillon. — Th. Paris 1885.

Stones. — *Philad. méd. Times*, 1888, p. 440-442. Cancer de l'estomac, mort par empyème et pneumothorax.

Strauss et Wurtz. — *Arch. méd. expér.*, 1889.

Tessier. — Carcinome de la paroi antérieure de l'estomac. — Extension à l'épiploon et au péritoine pariétal. — Phlegmon consécutif. — Ouverture au niveau de l'ombilic. Mort. — Autopsie. — In *France médicale* 1875, nº 73, 11 sept. p. 585.

Triger. — Th. Paris 1895. *Phlegmon sous-muqueux de l'estomac.*

Troisier. — *Soc. anat.* 1873. Cancer gastrique avec lymphangite pulmonaire caséeuse. *Soc. méd. hôp.*. 1886. Adénopathie cervicale dans le cancer gastrique.

Arch. gén. de méd., 1889. Adénopathie cervicale dans le cancer gastrique.

Turck. — *Wiener méd. Woch.*, janvier 1895.

Méthode nouvelle de diagnostic et de traitement des maladies de l'estomac et leur examen bactériologique.

Valmyre. — Th. Bordeaux 1896. *Rôle antisept. du milieu stomacal.*

Vaquez. — Th. Paris 1890. *Thromboses cachectiques*, *Soc. biol.*, 19 décembre 1891.

Période pré-oblitérante des phlébites cachectiques Clinique méd. de la Charité du professeur Potain. Phlébite des membres, *Soc. anat.*, juin 1892.

Weichselbaum. — *Central Blatt. f. Bact.*, janvier 1889.

Vignal. — *Arch. de physiol.*, 15 novembre 1886, 1er octobre 1887, 15 novembre 1887.

Recherches sur les microbes de la bouche et des fèces.

Zacchiri et Lemaire. — Abcès juxta-stomacal communiquant avec la cavité gastrique 1901, 95 *Bulletin Soc. Anat.* Paris.
